

Paris 1972

N°

Année 1972

UNIVERSITE RENE DESCARTES
FACULTE DE MEDECINE COCHIN PORT-ROYAL

129

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

Maurice BENARROUS

NE, LE 20 JUIN 1942 A SIDI-BEL-ABBES (ALGERIE)

Ancien Interne des Hôpitaux du Havre

Présentée et soutenue publiquement le 1972

LE TRANSIT OESO-GASTRO-DUODENAL D'URGENCE
ET SA PLACE DANS LES HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

PRESIDENT : MONSIEUR GUY LEDOUX-LEBARD, PROFESSEUR.

UNIVERSITE RENE DESCARTES

FACULTE DE MEDECINE COCHIN PORT-ROYAL

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Maurice BENARROUS

NE, LE 20 JUIN 1942 A SIDI-BEL-ABBES (ALGERIE)

Ancien Interne des Hôpitaux du Havre

Présentée et soutenue publiquement le 1972

LE TRANSIT OESO-GASTRO-DUODENAL D'URGENCE
ET SA PLACE DANS LES HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

PRESIDENT : MONSIEUR GUY LEDOUX-LEBARD, PROFESSEUR.

Editions de l'AGEMP

8, rue Dante-PARIS Ve

UNIVERSITE DE MEDICINE FACULTE DE MEDICINE
FACULTY OF MEDICINE FACULTY OF MEDICINE

THÈSE

D'ÉTAT EN MÉDECINE

MAURICE BÉNAÏROUS

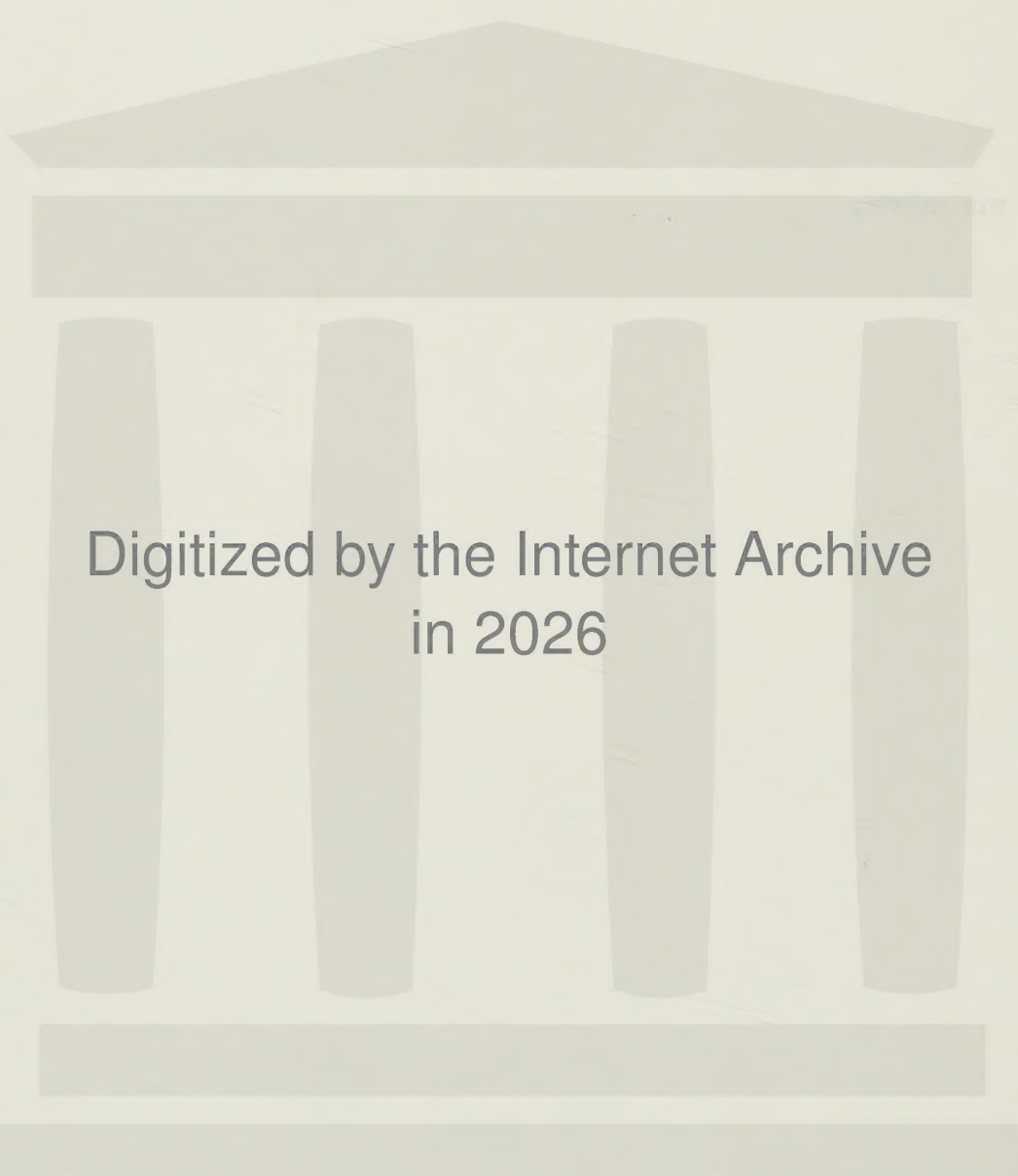
LE 20 JUIN 1905 A 10 HEURES



LE TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
ET SA PLACE DANS LES MÉTHODES MÉDICALES HAUTES

PRÉSENTÉ PAR LE DOCTEUR BÉNAÏROUS

A ma mère,



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547102_0030

A Monsieur le Professeur G. LEDOUX-LEBARD

Professeur titulaire de la Chaire de Radiodiagnostic
à la Faculté de Médecine de Paris

Chef du Service de Radiologie de l'Hôpital Cochin

Il nous a inspiré et guidé dans la rédaction
de cette thèse.

Nous exprimons notre profonde gratitude aux Services de
Messieurs les Professeurs LEGER et CACHIN

qui nous ont permis d'utiliser quelques unes
de leurs observations.

Nous remercions Monsieur le Docteur BENOZIO

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris

qui nous a conseillé dans l'élaboration de
notre sujet.

A Monsieur le Docteur QUISEFIT

Chef de Service de Radiologie du Centre Hospitalier du Havre

A Monsieur le Docteur BEHAR,

Assistant des Hôpitaux du Havre

Malgré toutes les difficultés rencontrées, ils
ont su nous faire comprendre les bases de la
radiologie moderne.

INTRODUCTION

Le problème des hémorragies digestives, occupe dans le domaine de l'urgence médicale et chirurgicale une place essentielle; il reste tout entier dominé par le diagnostic étiologique, lequel une fois posé, nous permettra seulement alors une conduite thérapeutique efficace.

Nous limiterons notre étude aux hémorragies digestives hautes, de l'étage sus mésocolique et ce d'autant plus volontiers que les lésions envisagées dans ce cas précis, représentent la source majeure des hémorragies digestives et notamment des hémorragies massives. Dans cette dernière éventualité, elles totalisent pour la plupart des auteurs environ 90 % des causes identifiées.

- Causes à identifier :

Là doit être le but essentiel du médecin, de l'interne de l'interne de garde, devant toute hémorragie digestive; en effet, un simple traitement symptomatique (par exemple petite transfusion palliative), sans mise en évidence de la lésion causale et ce par tous les moyens dont nous disposons, serait non seulement inefficace à plus ou moins long terme, mais encore très dangereux. La réanimation d'urgence s'impose naturellement, mais elle doit être mise en route en pensant, entre autre, au ~~diagnostic~~ lésionnel.

Il est certes plus difficile de présenter, dans le climat de l'urgence, l'esquisse d'un diagnostic étiologique. Hors le cas d'une affection antérieurement connue (qui n'est d'ailleurs pas forcément responsable) le premier contact ne vise qu'à orienter et qu'à permettre un choix judicieux parmi les moyens techniques susceptibles de fournir la cause du saignement. L'interrogatoire

l'anamnèse, l'examen clinique, quelquefois les examens biologiques serviront toutes les fois que l'évolution accorde les délais nécessaires, à établir l'ordre des priorités. Mais néanmoins, lors d'une hémorragie gastro-duodénale, le transit gastro-duodéal d'urgence diffusé en France par Delannoy, demeure (lorsqu'il est exécuté par un personnel entraîné, sur un sujet parfaitement déchoqué et réanimé) avec l'oesogastrosco-
pie et à un degré moindre la splénoportographie (d'urgence) et l'artériographie sélective du tronc coeliaque, l'examen essentiel.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, poser le diagnostic lésionnel reste l'élément fondamental devant toute hémorragie digestive.

En conséquence, nous étudierons successivement :

- 1 - Le diagnostic étiologique des hémorragies digestives hautes,
- 2 - Le transit gastro-duodéal dans les hémorragies digestives hautes : technique et résultats.
- 3 - Nous concluerons en replaçant le transit gastro-duodéal dans le cadre des autres examens radiologiques que l'on peut pratiquer au cours d'une hémorragie digestive haute en urgence (artériographie et splénoportographie) tout en insistant sur la complémentarité qui existe entre la radiographie et un autre moyen d'investigation étiologique d'actualité : la fibroscopie.

Nous remercions Monsieur le Professeur Guy Ledoux-Lebard qui par ses conseils et son enseignement, nous a permis la rédaction de cette thèse.

Nous exprimons notre profonde gratitude aux services de Messieurs les Professeur Léger et Cachin ainsi qu'à Monsieur le Docteur Benozio, chef de clinique de Monsieur le Professeur May, qui nous ont autorisés à utiliser quelques-unes de leurs observations personnelles.

ETIOLOGIE

Deux grands types de lésions dominent le chapitre des hémorragies digestives hautes :

A - LES HÉMORRAGIES OESO-GASTRO-DUODENALES

- Généralités :

Les hémorragies massives sont dues :

1 - Deux fois sur trois à un ulcère gastro-duodéal

2 - Dans 15 % des cas en France, à une hypertension portale (beaucoup moins dans les pays anglo-saxons),

3 - Dans plus de 10 % des cas, à une gastrite hémorragique

4 - Les tumeurs et hernies hiatales ne représentent que 2 à 5 % des cas, le syndrome de Mallory-Weiss ou de dilacération muqueuse oeso-cardiale par vomissements, encore moins.

5 - Soulignons le rôle de plus en plus fréquent de la prise de médicaments comme facteurs déclenchant une hémorragie digestive (le rôle de l'aspirine et de ses dérivés a pu être incriminé dans un tiers des cas des hémorragies massives, par gastrite érosive en particulier. Les corticoïdes sont connus pour réactiver les ulcères, la phénylbutazone a quelquefois provoqué des saignements diffus; quant aux anticoagulants, ils ne font souvent que révéler une pathologie existante et sont susceptibles de la révéler par une catastrophe).

- Remarque : les chiffres cités plus haut varient suivant qu'il s'agit de statistiques médicales ou chirurgicales.

Les premières nommées comptent davantage d'hémorragies modérées ou minimales dont le diagnostic étiologique peu évident est confié à des services spécialisés pour des explorations plus poussées d'où une proportion moindre d'ulcères, plus élevée au contraire de causes générales inconnues.

Les statistiques chirurgicales, quant à elles, sont souvent à base d'hémorragies digestives massives justiciables d'une exploration chirurgicale.

Envisageons plus en détail ces différentes données :

1 - LES HÉMORRAGIES ULCÉREUSES

1°) - Fréquences :

Une hémorragie digestive survient dans plus de 15 % des ulcères duodénaux (Lilton, Lambling)

- elle n'est massive que dans 5 % des ulcères, mais un bon nombre est adressé directement au chirurgien,

- elle a tendance à récidiver : qui a saigné, saignera.

- un ulcère sur deux saigne au cours de la première année et dans 3 % des cas l'hémorragie est inaugurale et isolée.

- L'ulcère représente 66 % des saignements massifs. Notons que sa présence n'implique pas forcément que ce soit lui qui saigne (association possible à une gastrite, une cirrhose, une hernie hiatale).

2°) - Le siège

Les ulcères duodénaux sont dans la majorité des cas responsables des saignements, mais l'ulcère gastrique, bien que moins fréquent, a tendance à saigner plus souvent et plus gravement.

a) - sur l'estomac, l'ulcère est antral ou pré-pylorique sur la petite courbure horizontale.

Sur l'angle de la petite courbure, il dégénère volontiers et peut se perforer sur le tronc coeliaque, voire l'aorte. L'ulcère sous-cardial est souvent plus difficile à voir.

b) - Sur le duodénum, l'ulcère hémorragique est en règle postérieur, ou supérieur, Il peut siéger sur D2 ou être post-bulbaire.

C'est souvent un ulcère perforé bouché sur le pédicule hépatique ou sur le pancréas, et parfois, sur un ou deux centimètres, il n'y a plus de paroi duodénale. D'autre part, du fait de la rétraction bulbaire il est au pied voire à droite du pédicule hépatique.

Cet élément pose un problème d'intervention chirurgical délicat.

3 - Le mode de saignement :

- a) - soit diffus, en nappe,
- b) - soit focalisé, capillaire, au niveau et au pourtour de l'ulcère
- c) - soit enfin par ulcère angio-térébrant (un tiers des cas selon Edelman) : le saignement est alors abondant, l'hémostasie difficile et la récurrence habituelle.

4 - Les cas particuliers :

a)- Les hémorragies post-opératoires :

- les hémorragies immédiates :

Elles nous intéressent moins dans la mesure où le sujet étant dans un milieu hospitalier, la réintervention a lieu en général aussitôt.

- les hémorragies tardives :

Elles évoquent, soit une invagination intra-gastrique, soit un cancer du moignon, soit surtout un ulcère peptique :

- dû à l'attaque de la muqueuse jéjunale (non protégée par l'absence de mucus) par un liquide gastrique hyper-acide ou mal neutralisé par le flux bilio-pancréatique alcalin.

- il se développe sur le versant jéjunal de l'anastomose (gastro-jéjunal après gastrectomie sub-totale ou simple gastro-empérostomie) parfois sur l'anse efférente à distance,

- unique, parfois petit et souple mais en règle calleux et géant.

b)- Le syndrome de Zollinger-Ellison

Syndrome multi-ulcéreux, récidivant, dû à un dérèglement pancréatique.

II - LES GASTRITES HEMORRAGIQUES

A - Elles réunissent :

1°) - des ulcérations aiguës : ulcères du stress, post-chirurgicaux post-traumatiques ou consécutifs aux brûlures, neurologiques, de réanimation de septicémie etc...

2°) - des gastrites érosives, parfois creusantes,

3°) - des congestions diffuses étendues vers le duodénum voire le grêle, avec une muqueuse gonflée, friable, pleurant le sang.

B - Fréquence :

Les hémorragies dans le cadre classique de gastrite sont peu fréquentes. Mais, les saignements massifs par gastrite sont bien plus fréquents dans les services de réanimation polyvalente (neurologique, respiratoire, cardiaque, digestive)

Dans les statistiques chirurgicales elles atteignent 15 % des cas et on le conçoit car on ne peut l'affirmer que par la gastrotomie ou l'endoscopie en période hémorragique.

C - Etiologie :

Dans un tiers des cas, elle reste inconnue : ce sont des gastrites primitives. Un facteur déclenchant : alimentaire (ingestion aiguë d'alcool) ou médicamenteux peut, par ce mécanisme, déclencher une hémorragie abondante.

Dans la majorité des hémorragies massives, il s'agit d'un ulcère de stress :

- soit après intervention chirurgicale (Delannoy : 1/4000)
- soit au cours des lésions neurologiques : traumatismes crâniens avec coma (2 % sur 4040 : Razemon)
- soit au cours des insuffisances cardiaques et surtout respiratoires aiguës et graves,
- soit au cours des insuffisances rénales aiguës,
- soit au cours d'intoxication : urémie, coma barbiturique,
- soit au cours des brûlures
- soit au cours des septicémies : à germes Gram - surtout et compliquées de chocs.

La pathogénie de cet ulcère, bien qu'hypothétique, semble se reporter à la souffrance des centres neuro-végétatifs du diencephale par anoxie sévère due à l'hypercapnie.

B - Mode de saignement :

1 - dans l'ulcération aiguë :

- volontiers duodénale, c'est parfois un vaisseau de gros calibre plus fréquemment un saignement de tout le pertuis caché par l'exubérance muqueuse.

2 - dans la gastrite érosive :

- le sang vient soit du fond d'une ulcération simple, une exulcération muqueuse du type Dieulafoy, soit d'une ulcération multiple, petite, polycyclique en règle postérieure et haute, soit enfin de petits mamelons muqueux avec un caillot ou une tache noirâtre associée à des ulcérations en coups d'ongle, à bord net et à des taches purpuriques.

III - LES HÉMORRAGIES MÉDICAMENTEUSES

Le rôle déclenchant d'un médicament est affirmé, ou suspecté dans 15 % des hémorragies massives et près de 40 % des hémorragies modérées.

Quatre médicaments parfois associés, sont incriminés avec une grande fréquence,

- 1 - l'acide acétyl-salicylique et ses dérivés
- 2 - les corticoïdes
- 3 - la phénylbutazone
- 4 - les anticoagulants

Mais d'autres anti-inflammatoires employés avec une grande fréquence, notamment chez les rhumatisants (Indocid, Nifluril etc...) sont au moins aussi dangereux.

A - L'acide acétyl-salicylique et ses dérivés :

- incriminés dans 36 % des hémorragies massives,
- peuvent donner des hémorragies massives par gastrite érosive ou même par gastrite congestive,
- facteur déterminant : prise répétée durant une longue période, à petite dose,

A noter : on a pu observer plus rarement des cas de gastrite chez des sujets sans passé digestif et après l'absorption d'un seul comprimé.

B - Les corticoïdes :

donnent un pourcentage analogue d'hémorragies digestives :

- soit par réactivation et saignement d'un ulcère duodénal pré-existant,
- soit par gastrite érosive,
- soit par saignement ou perforation cortisonique (siège atypique, face postérieure grande courbure, dimension importante)
- Beaucoup de ces hémorragies cèdent après l'arrêt du traitement.

C - La phénylbutazone et les anti-inflammatoires utilisés en rhumatologie, peuvent donner des hémorragies digestives le plus souvent diffuses par un mécanisme analogue,

D - Les anticoagulants :

On invoque d'emblée une hypo-coagulabilité entraînant une hémorragie diffuse invitant à arrêter les médicaments et à contrer leurs effets; mais ces hémorragies peuvent être révélatrices d'une lésion pariétale,

Le pourcentage de ces hémorragies reste très faible.

A noter : la gravité des hémorragies ulcéreuses survenant lors des traitements anticoagulants.

- Autres causes oeso-gastro-intestinales :

1 - Une lésion oesophagienne est rarement en cause :

a) - le cancer de l'oesophage : les hémorragies sont alors minimales et précèdent l'hématémèse massive et terminale par fissuration aortique.

b) - les diverticules parabronchiques infectés ont pu ulcérer un gros vaisseau. En fait, ils saignent peu et rarement.

2 - La hernie hiatale :

Elle se complique rarement d'hémorragie. Les saignements sont minimales, au point qu'une hémorragie abondante doit faire rechercher une autre cause. Ainsi la hernie hiatale n'est retenue que dans 2 % des hémorragies massives.

Le mécanisme de l'hémorragie est l'oesophagite peptique due au reflux de liquide gastrique acide dans l'oesophage.

D'autres mécanismes ont été invoqués : gastrite herniaire, des hernies irréductibles à oesophage court, thrombose veineuse localisée, troubles vaso-moteurs, donnant des saignements diffus et peu abondants.

Remarque : devant tout saignement important on doit rechercher une autre cause, un ulcère duodénal surtout.

3 - Le syndrome de Mallory-Weiss :

Se définit anatomiquement par des dilacérations sous cardiales ou oeso-cardiales, trois, quatre fissurations longitudinales, longues de 2 à 3 centimètres, larges de 1 à 3 mm à bord souple, à fond sous muqueux où saigne une artériole.

L'hémorragie peut en être abondante, stoppée par simple suture. Le diagnostic ne peut être fait que par gastrotomie large, explorant la partie haute de l'estomac.

Ces dilacérations sont mécaniques, dues aux efforts violents répétés de vomissements qui ont précédé l'hématémèse et à l'absence du relâchement du cardia et du diaphragme, quand les contractions gastriques éjectent le contenu vers le pharynx. C'est la muqueuse qui se déchire alors que la musculuse résiste.

4 - Les tumeurs gastriques :

a) - Le cancer :

Il saigne souvent et de façon isolée ou révélatrice.

Le saignement est souvent minime, melaena isolé ou anémie chronique qui impose l'exploration clinique ou paraclinique de l'estomac.

Celui-ci saigne de la muqueuse, de l'ulcération centrale ou des bourgeons tumoraux nécrotiques et infectés.

Dans les hémorragies massives la responsabilité du cancer n'excède guère 5 %.

Il s'agit le plus souvent de tumeurs hautes cardio tubérositaires, médio-gastriques ou du moignon, volumineuses mais ce n'est pas la règle, perforées sur la rate ou les vaisseaux courts.

b) - Les tumeurs bénignes :

Beaucoup moins fréquentes que le cancer.

Elles représentent 2 à 3 % des hémorragies massives.

Elles saignent plus volontiers et de façon plus importante.

Les principales tumeurs bénignes incriminées dans les hémorragies gastriques sont :

- les schwannome (tumeur conjonctive sous muqueuse qui ulcère mécaniquement la muqueuse,
- l'hémangiopéricytome (histologiquement proche)
- le carcinofde,
- les polypes de l'antré surtout pédiculés saignent plus modérément,
- les angiomes gastriques sont volontiers hémorragiques mais exceptionnels.

B - LES HÉMORRAGIES HEPATO-SPLENIQUES

Elles sortent un peu du sujet de notre thèse, mais il convient néanmoins de les mentionner, l'hypertension portale restant la cause essentielle des varices oesophagiennes que l'on pourra visualiser parfois par le transit gastro-duodénal.

- Hypertension portale et cirrhose :

1 - Les cirrhoses représentent en France 15 % des hémorragies digestives et 80 % des causes d'hypertension portale. Celle-ci est due à un obstacle hémodynamique anatomique ou fonctionnel, pré, intra ou post hépatique, ou plus précisément pré ou post sinusofdale.

2 - L'hypertension portale est responsable des varices oesophagiennes :

Elles dilatent sur le tiers inférieur de l'oesophage et sur la grosse tubérosité les veines des plexus sous séreux et sous muqueux en trois à quatre cordons de 10 à 12 cm. de hauteur sur 2 à 10 mm de diamètre, réguliers ou monoliformes avec parfois des boules variqueuses.

La cause de la rupture associe plusieurs facteurs :

a) - l'altération trophique du chorion sous-muqueux par stases veineuses et anoxie, et de la muqueuse.

b) - l'altération inflammatoire de la paroi veineuse qui se rompt à l'occasion d'un a-coup d'hypertension portale, d'un effort de vomissement, d'un orage vaso-moteur (Darnis).

3 - Les obstacles intra-hépatiques :

Sont la cause majeure d'hypertension portale.

- 9 fois sur 10 il s'agit d'une cirrhose alcoolique (80 %) méta-ictérique ou biliaire.

Les cancers primitifs du foie, la schistosomiase hépatique, la dégénérescence hépato-lenticulaire sont plus rarement en cause.

- quant aux hémochromatoses, elles saignent peu.

L'hémorragie digestive complique 30 % des cirrheses et dans 10 % des cas, c'est le premier signe.

Mécanisme : - 5 fois sur 10 seulement elle est due à une rupture de varices œsophagiennes.

- une à deux fois sur 10 elle est due à un ulcère associé : les cirrhotiques ulcéreux saignent deux fois sur trois et souvent massivement.

- trois fois sur 10 un autre mécanisme est en cause : gastrite diffuse 5%, lacération cardiale, pyélophlébite : (8 à 10 %) et surtout troubles de l'hémostase associant une fragilité capillaire, une hypo-plaquettose par hyper-splénisme, une insuffisance cellulaire hépatique perturbant les facteurs de la coagulation.

Le pronostic de ces hémorragies est grave : un malade sur deux meurt immédiatement, soit du fait de l'hémorragie, soit par coma post-hémorragique, soit d'un coma hépatique, et dans l'ensemble 80 % des cirrhotiques qui saignent meurent dans l'année qui suit.

4 - Les obstacles infra et pré-hépatiques sont dus à des :

- thromboses,
- compressions,
- et chez l'enfant des malformations de l'axe veineux spléno-portal.

5 - Les obstacles sus-hépatiques :

Ils sont rarement responsables d'hémorragies digestives : les obstacles sur la veine cave inférieure (comprimée par une tumeur hépatique postérieure rarement médiastinale ou obstruée par un diaphragme terminal), les obstacles pré-cardio-péri-cardiaques ne sont jamais en cause.

Le syndrome de Budd-Chari ne se complique d'hémorragie que dans 10 % des cas.

6 - Après anastomose porto-cave, tronculaire ou radiculaire la récurrence d'hémorragie digestive peut être :

- immédiate : elle évoque alors une fibrinolyse ou une poussée d'insuffisance hépatique avec chute du complexe prothrombonémique.
- retardée : vers le 8e jour, évoquant la thrombose de l'anastomose,
- tardive : la dérivation favorise le développement d'un ulcère gastro-duodénal, par hyper-sécrétion acide due à la non-destruction par le foie court-circuité de l'histidine, et de la gastrite antrale.

- LES HÉMORRAGIES HEPATO-BILIAIRES ET SPLENO-PANCREATIQUES

1 - Le foie :

Il peut provoquer une hémorragie digestive :

- soit par insuffisance cellulaire hépatique,
- soit par hypertension portale comme nous l'avons vu plus haut.

2 - Les hémobilies :

- saignement extériorisé par le tube digestif par la voie biliaire principale.

- les hémobilies spontanées sont exceptionnelles, révélant un cancer vaterien ou vésiculaire, un hémangiome, un anévrysme de l'artère hépatique.

- les hémobilies post-traumatiques sont d'actualité,

- les hémobilies post-opératoires, plus fréquentes, surviennent après un intervalle libre de 6 à 20 jours.

3 - Les fistules bilio-digestives :

Elles saignent directement dans le tube digestif.

4 - Les tumeurs vateriennes :

Elles sont classiquement hémorragiques.

Le saignement est important, évoluant par poussées qui précèdent une rémission de l'obstruction biliaire et traduisent la nécrose et l'élimination de fragments tumoraux (Mercadier).

Ces tumeurs vateriennes peuvent être cholédociennes ou pancréatiques.

5 - Les hémorragies digestives d'origine pancréatique :

Bien étudiées par Léger et Lataste, par J. Moreaux; elles peuvent compliquer :

a) - un pancréas annulaire ou aberrant (duodéal ou antral) intra-mural et sous séreux, exceptionnellement jéjunal, méckélien, sous cardial, oesophagien.

b) - Une pancréatite aiguë : l'hémorragie survient :

- soit dans la phase initiale, par un phénomène vaso-moteur responsable d'ulcération duodénale diffuse, par thrombose artérielle ou veineuse, ou encore par un syndrome hémorragique diffus dû à l'activité fibrinolytique des enzymes et des produits de protéolyse libérés par l'auto-digestion du pancréas.

- soit secondairement par l'extension de la nécrose ou par faux kyste.

La gravité de ces hémorragies doit être soulignée.

Elles sont massives, d'hémostase chirurgicale périlleuse et décevante, elles sont une façon de mourir pour une pancréatite d'évolution subaiguë.

Les pancréatites chroniques peuvent également saigner :

- soit par association avec un ulcère,

- soit par pyléphlébite ou par thrombose segmentaire de la veine splénique, et c'est là une indication au traitement chirurgical de la pancréatite.

La lithiase pancréatique saignerait souvent (7 % des cas) selon Léger et de manière plus abondante.

Les cancers pancréatiques enfin, en dehors des tumeurs vatricennes saignent rarement (1 % des hémorragies extériorisées).

6 - La rate :

Elle n'est la source d'hémorragie digestive que par le mécanisme de l'hypertension portale déjà étudié précédemment.

Le syndrome de Banti, splénomégalie fibreuse primitive voit son cadre singulièrement rétréci de nos jours.

Nous ne pouvons terminer l'étude étiologique des hémorragies digestives sans citer les causes vasculaires (par rupture d'un anévrysme artériel), les causes générales (altération de la trace sanguine (type maladie de Von Wilbrand), maladie du capillaire etc...).

Le chapitre, fâcheusement résigné des hémorragies cryptogénétiques doit être réduit au maximum toutes les fois que cela reste possible.

LE TRANSIT OESO-GASTRO-DUODENAL DANS LES HÉMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES

A - HISTORIQUE

La possibilité, l'innocuité, l'utilité du transit gastro-duodéal en période hémorragique, ont donné lieu depuis plusieurs années à de nombreuses controverses.

On admettait, en France, avant son introduction par Delannoy et ses collaborateurs, que cet examen était dangereux et souvent inutile. Gutmann faisait remarquer que certaines niches ulcéreuses, surtout duodénales, devenaient souvent invisibles au décours de l'hémorragie, peut être susceptible d'entraîner la disparition de l'oedème péri-ulcéreux.

Cependant, dès 1926, Bohmanson préconisait à l'étranger le transit gastro-duodéal d'urgence. En 1937, Hampton présentait les résultats de cette technique lui ayant permis de mettre en évidence des ulcères des faces du bulbe.

Ce n'est qu'en 1952 que Delannoy et Vanderdorp font connaître les résultats très favorables de deux ans d'expérimentation de cette méthode.

- Fontaine, Arvay, Leger, Warter publiaient tour à tour des résultats plus ou moins positifs.

- En 1972, Nahum, Rueff, Cazard, confirmaient par une étude portant sur 300 malades, l'efficacité et l'innocuité du transit gastro-duodéal pratiqué en période d'hémorragie digestive haute.

Quoi qu'il en soit, à l'heure actuelle, l'examen gastro-duodéal en urgence est admis par tous et reconnu comme peu dangereux et très utile

si pratiqué, dans des conditions aussi normales que possible sur un sujet parfaitement déchoqué et préparé, par un personnel entraîné.

B - TECHNIQUE D'EXAMEN

Nous étudierons successivement :

- la préparation du malade,
- les produits utilisés,
- la conduite de l'examen,
- les résultats de l'examen (résultat positif etc...)

I - PREPARATION DU MALADE

Elle reste l'élément fondamental du succès ou de l'échec de l'examen.

Elle est primordiale et le radiologue ne doit pas se laisser fléchir ; le transit doit être pratiqué sur un malade parfaitement déchoqué et réanimé :

- Réparation de la masse sanguine par les transfusions nécessaires.
- Tension artérielle au-dessus de 10,
- parallèlement se feront une aspiration et un lavage gastriques par une grosse sonde ou une sonde de Blakemore,
- Pendant tous ce temps de préparation du malade on essaie d'ébaucher une enquête étiologique (interrogatoire de la famille, examens biologiques : clearance de la B.S.P. anémie, etc...)
- Au bout de quelques heures, et pas avant, la possibilité de l'examen radiologique est discutée au lit du malade par l'équipe médico-radio-chirurgicale.

Deux éventualités s'offrent alors à nous :

- 1 - L'hémorragie reste abondante, la tension artérielle ne remonte pas et il faut alors renoncer à l'examen qui serait non seulement inutile médicalement, mais encore dangereux.

2 - l'hémorragie s'est arrêtée, la tension artérielle est remontée, le pouls s'est ralenti; l'examen peut alors être conduit de manière satisfaisante et peut être fait sans tarder, à moins d'une contre-indication fondamentale telle une encéphalopathie avancée.

Dans les cas difficiles, un bon test est de voir si le malade supporte la position debout pendant cinq minutes (H. Nahum, B. Rueff, G. Gazard).

II - LES PRODUITS UTILISES

1 - Les produits de contraste :

Suspension de fluidité normale de sulfate de baryum ou hydrosolubles ? La polémique reste ouverte.

Il ne nous appartient pas de prendre position pour tel ou tel produit utilisé, mais d'exposer très objectivement ces deux types de moyen de contraste :

a) - Le Sulfate de Baryum

Il n'est pas utile d'en rappeler les avantages : bonnes images radiologiques, bien contrastées, goût agréable, etc... Tous ces éléments sont connus.

Les inconvénients :

- élimination lente,

- danger en cas de perforation oesophagienne (l'"évacuation" de sulfate de baryum dans les bronches étant très nocive pour la muqueuse bronchique), ou de la non intégrité du tractus digestif (type pancréatite nécrosante, perforation ou fistule non reconnue etc...)

- impossibilité de pratiquer une fibroscopie ou même un autre examen radiologique avant au moins une semaine (à moins d'effectuer un lavage soigneux, toujours fatigant),

b) - Les hydrosolubles : type gastrograffine, Telebrix 38, etc...

Dans le cadre des hémorragies digestives, leur utilisation présente des avantages incontestables :

1 - Leur élimination rapide permettra, si on le souhaite, une étude complète du tube digestif dans les 24 heures qui suivent le transit gastro-duodéal.

2 - Leur emploi permet l'étude fibroscopique de l'estomac, la spléno-porto-graphie et l'artériographie (ceci est impossible avec la baryte).

3 - Dans le cas de fausse route, il vaut mieux avoir dans les bronches un hydrosoluble que du sulfate de baryum.

4 - S'il y a perforation, il est préférable d'avoir quelques centimètres cubes d'hydrosoluble dans la cavité abdominale, qu'un grand verre de sulfate de baryum (granulome, infection chronique).

5 - Le transit rapide de l'hydrosoluble permet d'explorer plus rapidement tout le tube digestif après l'examen en urgence, ce qui nous fera gagner des journées d'hospitalisation : avantage économique et moral pour le malade.

Mais bien évidemment, si les hydrosolubles ont des avantages, ils présentent eux aussi des inconvénients.

1 - Les images obtenues sont moins bonnes : ceci reste très discutable en ce qui concerne l'estomac.

Un intestin grêle reste certes "impossible" à étudier avec des hydrosolubles, mais pas un estomac.

2 - Le goût est désagréable : ceci est exact bien qu'actuellement cette lacune soit comblée en grande partie (type "Gastrogratine Anisée") et que l'on puisse se servir de la sonde gastrique lorsqu'elle est déjà en place.

3 - Pour mettre en évidence les varices oesophagiennes, il vaut mieux utiliser une bouillie épaisse qui adhère bien à la muqueuse oesophagienne.

4 - Les hydrosolubles donnent enfin de la diarrhée ,

NB - Produit hypertonique, il faudra penser à une rehydratation correcte dans les heures et les jours suivants car il y a un appel d'eau important par le côlon.

Donc sulfate de baryum ou hydrosolubles ? Le problème sera résolu suivant les écoles.

Nous l'avons dit plus haut et nous le répéterons encore, l'examen doit se rapprocher le plus près possible de l'examen habituel.

De ce fait, le radiologue devra disposer de :

2 - Modificateurs de comportement :

Dont l'emploi n'est pas à éliminer d'office : leur utilisation avec prudence s'est avérée sans danger.

Rappelons leur rôle :

"Ils ont pour effet et pour but d'agir sur les sphincters, soit sur le muscle, soit sur la glande, activant, freinant ou supprimant presque la fonction normale pendant un temps suffisant pour permettre l'exploration radiologique, modifiée et désirée (définition E.M.C.)

- Les principaux modificateurs de comportement :

Deux essentiellement nous intéresseront :

a) - La Viscéralgine (iodure de tiemonium ou 114 T.E.)

5 à 7,5 mg en IV ou IM

- On obtient rapidement une action comparable à celle de l'atropine plus calcium.

- Ouverture immédiate du pylore,

- hypotonie duodénale réalisant une véritable duodénographie hypotonique,

- péristaltisme gastrique peu modifié.

Donc son action essentielle : elle favorise les passages pyloriques en faisant céder le spasme.

L'intérêt de ce modificateur est son action immédiate même sur l'examen déjà commencé.

b) - Le Primpéran

- modificateur doux, progressif,

- dès la troisième minute, après IV de 10 à 20 mg on obtient une légère hypertonie et une grande hyperkinésie antrale favorisant les passages pyloriques qui deviennent efficaces dans une proportion de 4 sur 5.

Citons pour mémoire, les autres modificateurs de comportement :

- Morphine	}	très peu employées en urgence
- Atropine		
- Probantine		
- Priamide		

III - CONDUITE DE L'EXAMEN

a) - La possibilité d'un examen radiologique en urgence a été admise par l'équipe médico-radio-chirurgicale.

b) - Le sujet a été parfaitement réanimé.

c) - Le lavage et l'aspiration gastriques sont essentielles : ils se font à la seringue, à l'eau de préférence glacée, et à l'air par l'intermédiaire d'une sonde de gros diamètre interne en polyéthylène radio opaque, munie de plusieurs orifices latéraux et distaux, ou d'une sonde de Blakemore.

Ce lavage peut nécessiter plusieurs litres d'eau.

Seulement alors le malade pourra être radiographié.

Dès son arrivée dans le service de radiologie, il est installé sur la table d'examen,

Le ou les flacons de perfusion sont accrochés à une tige amovible suspendue.

La surveillance médicale sera constante.

Matériel nécessaire à l'examen :

- une seringue de 100 ml à gros embout
- de l'eau pour un nouveau lavage gastrique éventuel,
- des pinces de Pean et de Kocher
- des ballons cerclés et non cerclés
- du sulfate de baryum fluide et épais, ou des hydrosolubles,
- des modificateurs de comportement : Primpéran, Viscéralgine

- un matériel de réanimation en urgence.

- Les incidences employées :

L'examen doit se rapprocher entièrement sinon dans des détails de l'examen gastro-duodénal habituel, pour avoir les meilleures chances de succès :

1 - Examen sans préparation :

a) - Un grand cliché de l'abdomen en décubitus dorsal est pratiqué pour mettre au point les constantes radiologiques et éviter tout tâtonnement après l'ingestion de baryte chez un sujet ascitique par exemple.

b) - Un cliché en orthostatisme est pratiqué à la recherche d'un pneumopéritoine.

En effet, s'il y avait une perforation ignorée (les signes de péritonite ne sont pas constants) l'inondation péritonéale barytée serait catastrophique, même après l'intervention et une toilette péritonéale soignée (granulome, infection chronique)

c) - On vérifiera également sous radioscopie la vacuité de l'estomac et au besoin on complétera le lavage et l'aspiration.

- Un artifice intéressant pour l'interprétation radiologique : l'insufflation de 300 ml d'air avant d'enlever la sonde d'aspiration : on obtiendra des images à double contraste très utiles parfois.

2 - Examen avec préparation :

- Donc ingestion de sulfate de baryum ou d'hydrosolubles.

Les clichés pris debout sont très utiles. Le malade sera soit sanglé, soit soutenu par un aide, soit assis sur une sellette type Viallet, pendant la prise des clichés, pour éviter une chute due à une hypotension.

Tout comme chez un malade en ambulatoire, on déplissera la muqueuse gastrique par la prise de cliché en couche mince.

1er temps de l'examen :

- le malade debout boit une gorgée de bouillie. On suit la progression du produit opaque sous contrôle télévisé et on s'efforcera surtout si la disposition de la chaîne de télévision est très bonne, de voir toute image pathologique afin d'orienter la prise des clichés, en conséquence.

- prise de cliché en oblique antérieur droit et de face (il faut à tout prix dégager toutes les portions de l'estomac et du duodénum).

- la compression dosée est sans danger si appliquée avec précaution. Elle permettra de réaliser la couche mince.

2e temps de l'examen :

- Le malade avale toute sa bouillie.

Toujours debout, une 2e série de clichés est prise :

- a) - en oblique antérieur droit,
- b) - de face.

Un cliché de profil pourra mettre en évidence une atteinte de la paroi postérieure de l'estomac (grande courbure) ou un refoulement consécutif à une atteinte pancréatique et de même localiser d'éventuelles calcifications du pancréas.

3e temps :

La table est alors basculée à l'horizontale :

- le malade est en décubitus dorsal; on prendra un cliché d'ensemble dans cette position.

- puis le sujet est placé en oblique antérieur droit, jambe gauche repliée, pour bien dégager la région bulbaire et duodénale,

- un cliché d'ensemble est tiré dans cette position, puis des séries en deux ou en quatre.

Durant tous ces temps de l'examen la compression dosée peut être appliquée pour dégager telle ou telle portion, de même que l'inclinaison.

de l'ampoule ou de la table, et l'emploi de ballons de coussins, de modificateurs de comportement.

Le procubitus nous permettra de faire une recherche de hernie hiatale : position de Trendelenbourg et compression abdominale (ballons).

- Un cliché d'ensemble en procubitus direct terminera l'examen montrant l'estomac, le cadre duodénal et les premières anses jéjunales.

- Cette conduite d'examen est un schéma général qui pourra être modifié à tout moment en fonction des clichés obtenus après chaque temps de l'examen.

- les machines à développer actuelles permettent de visualiser presque immédiatement (90'") les clichés).

Après l'étude de l'estomac, on pourra rechercher la présence éventuelle de varices oesophagiennes, plus apparentes en procubitus oblique du fait de l'hyperpression abdominale.

(Certains radiologues recherchent les varices oesophagiennes avant d'entreprendre l'opacification de l'estomac).

- Le malade avalera une cuillerée de bouillie plus épaisse et on prendra trois séries de clichés : dans les deux obliques (oblique antérieur, droit et oblique antérieur gauche) et une face.

Les clichés seront "tirés" sur un oesophage en réplétion puis en demi-vacuité et collabé, pour avoir la chance "d'accrocher" les varices.

En cas de doute sur la région cardio-oesophagienne, l'incidence en triple obliquité de Albot et Berthet, avec prise de clichés en cours de déglutition, est très utile.

IV - RESULTATS GENERAUX DE L'EXAMEN

- "En pratique, sur les trois cents malades, l'examen radiologique a pu être fait dans 90 % des cas dans un délai de deux à vingt-quatre heures après l'hospitalisation" (H. Nahum, B. Rueff, G. Casard).

Ces mêmes auteurs n'ont eu à constater qu'un seul décès en salle de radiologie et deux chutes par lypothymie.

- Jamais de reprise de l'hématémèse n'a été constatée,
- Jamais l'état clinique du malade ne s'est aggravé après l'examen radiologique.

- Les constatations positives :

- Elles sont les plus nombreuses
- Le transit gastro-duodéal permet de faire dans 80 % des cas (moyenne des statistiques) des diagnostics positifs.
- Pour notre part, nous avons pu porter un diagnostic positif dans 74 % des cas,
- L'examen permet de découvrir toutes les étiologies étudiées plus haut :

A - IMAGES DE NICHES

I - Niches d'ulcères gastriques :

- Dans le cadre des ulcères gastro-duodénaux (20 cas de notre statistique) nous avons relevé 11 ulcères gastriques qui saignaient,

Néanmoins,

- Dans la statistique prise dans leur ensemble, l'ulcère gastrique est moins fréquent que l'ulcère duodéal, notamment chez les sujets jeunes.

Il se retrouve surtout chez l'homme à tel point que toute ulcération de l'estomac chez la femme doit être tenue pour suspecte jusqu'à preuve du contraire.

- La niche est l'image pathognomonique de l'ulcère gastrique.

Elle siège par ordre de fréquence décroissante :

- sur la petite courbure (angle et portion verticale)
- sur le canal pylorique,

- sur la grande courbure
- sur les faces gastriques
- sur la région pré-pylorique
- sur la partie haute de la petite courbure
- sur la grosse tubérosité,

Radiologiquement, la niche traduit la perte de substance et s'accompagne de réactions péri-ulcéreuses.

1 - VUE DE PROFIL

a) - Signes directs de la niche

- image d'addition en saillie par rapport à la petite courbure sus et sous jacente,
- image permanente sur tous les clichés (sauf incidence non favorable ou camouflage par onde péristaltique)
- taille petite : quelques mm à 1 ou 2 cm
- forme variable :
 - . le plus souvent conique ou ronde,
 - . bords réguliers, asymétriques et très souvent acuminés,
 - . surface de projection homogène,
- la base de la niche est large ou présente un collet qui en réduit la largeur : il traduit l'oedème péri-ulcéreux
- l'oedème péri-ulcéreux se traduit par une image de face barrant la base de la niche,
- l'oedème péri-ulcéreux se traduit également par une image de profil, l'ulcus wall, débordant généralement la bande moins dense vue de face. L'ulcus wall forme un ressaut.
- les plis de leur côté sont épaissis mais restent souples et convergent vers la lésion qu'ils atteignent (signe très important pour le diagnostic différentiel d'avec le ménisque).

b) - Les signes indirects :

Ils se recherchent :

a - sur la petite courbure :

- On mettra en évidence une rigidité segmentaire de part et d'autre de la niche.

- Lors des contractions, cette région reste figée.

- Tardivement on notera des modifications morphologiques : la rétraction de la petite courbure entraînant une attraction du pylore vers la gauche.

b - sur la grande courbure :

- l'encoche spasmodique est de règle

- sa présence doit faire rechercher l'ulcère en regard.

c - Modifications à distance :

- au niveau de l'antra : modifications fonctionnelles : dyskinésie antrale,

- au niveau du duodénum : dilatation et stase.

2 - L'ULCERE VU DE FACE

- Il est classiquement visible seulement dans des conditions particulières : sur une radiographie en couche mince au moment même du remplissage (soleil couchant) ou après remplissage sous bonne compression.

- Cette tache peut disparaître sur les autres clichés car elle peut être masquée par le remplissage complet de l'estomac par le sulfate de baryum.

- On ne peut donc pas exiger la permanence de l'image sur tous les clichés.

- Cependant, grâce à l'utilisation de la radiographie à haute tension, les artifices de technique (compression, couche mince) sont moins nécessaires, l'ulcère de face devenant souvent visible au travers d'un estomac opacifié.

a) - Signes directs de la niche :

- image "ton sur ton" de l'estomac
- de taille variable (quelques mm à 2 - 3 cm)
- de forme circulaire ou ovalaire,
- à contours réguliers
- à surface de projection homogène,
- autour de la niche, un halo pouvant donner tous les inter-médiaires entre la "cocarde" et le "croissant",
- les plis convergent vers la niche.

b) - Signes indirects :

- Rigidité de la petite courbure voisine,
- Réaction antrale.

3 - FORMES CLINIQUES

- a - niches géantes,
- b - niches de petite taille
- c - les ulcères médicamenteux.

- Les ulcères induits par les corticoïdes, la phénylbutazone, l'Aspirine, chez des sujets n'ayant aucun passé gastrique, présentent certaines particularités topographiques, morphologiques et évolutives,

- Bien que de sièges assez divers (courbures gastriques et beaucoup plus rarement bulbe duodénal), ces ulcères se localisent, bien plus fréquemment que les ulcères communs, sur la grande courbure gastrique (portion horizontale).

- ils se traduisent volontiers par une niche saillante, souvent volumineuse dont le fond plat ou légèrement convexe est plus large que la base : aspects en "bouchon de champagne" ou en "bouton de chemise" très caractéristique surtout si on les constate au niveau de la grande courbure.

- dans d'autres cas, la niche a l'aspect d'un ulcus banal de la petite courbure, mais on note alors l'absence habituelle des signes indirects décrits plus haut.

- Enfin signalons que sur les niches de la petite courbure vues en urgence, on a pu signaler une image rare mais particulière : petit oeilleton lacunaire du fond de la niche, correspondant à l'artère ulcérée qui saigne.

d - EXULCERATIO SIMPLEX

- décrite par Dieulafoy, c'est une affection fréquente,
 - elle siège avec prédilection au niveau de la face postérieure du fundus, plus volontiers au voisinage du cardia,
 - rarement vue à l'examen radiologique, elle peut être suspectée sur des signes tels que réaction antrale avec image en nid d'abeilles ou rigidité réactionnelle de la petite courbure,
 - elle est une victoire de la fibroscopie et de l'artériographie sélective.
- "A côté de l'exulcération simplexe de l'estomac visible à l'oeil nu et découverte par gastrotomie exploratrice, il existe des micro-exulcérations avec érosions artérielles à la limite de la visibilité, découvertes parfois sur la pièce de gastrectomie faite de principe et néanmoins responsables d'hémorragies digestives abondantes". (Ladouch, Ph. Monod Broca et collaborateurs).
- On comprend facilement que des lésions aussi plates ou aussi minimes ne soient pas identifiables sur les clichés.

e - Quant aux gastrites, elles sont très rarement vues lors d'un transit gastro-duodéal pratiqué en urgence. Là aussi, le triomphe de la fibroscopie est net.

II - NICHES D'ULCERES DUODENaux

- Sur 20 cas d'ulcères gastro-duodénaux, nous avons pu retenir 9 fois l'ulcère duodéal comme responsable de l'hémorragie digestive haute,

1 - Ulcère du bulbe duodéal :

- la niche est l'image de certitude et pathognomonique de l'ulcère du bulbe. Elle peut être vue de face et de profil.

a) - La niche typique est la niche de face.

- elle siège sur la face antérieure en général,

- en plein milieu du bulbe : sur l'axe théorique reliant le pylore au sommet du bulbe, et plus près du pylore que du sommet.

- la niche de face est une tache de sulfate de baryum de forme arrondie ou ovale de taille variable, entourée de son halo d'œdème avec convergence des plis.

b) - Formes topographiques de l'ulcère du bulbe :

- niche de la face postérieure :

Moins fréquente que la niche de la face antérieure, elle nécessite des artifices de technique pour être mise en évidence (compression, profil)

- Niche des bords :

C'est en fait une niche vue de profil sous forme d'image d'addition visible tant sur la petite courbure du bulbe que sur la grande courbure.

- Niche de la base :

- près du canal pylorique,

- près du recessus interne

- près du recessus externe,

- Niche du sommet du bulbe

c) - Formes radiologiques particulières :

- Les niches multiples du bulbe :

La plus caractéristique est l'association d'une niche des faces antérieure et postérieure (Kissing ulcer)

- La niche duodénale géante :

S'étendant du canal pylorique au genu superius, assez souvent méconnue car prise pour un petit bulbe (Ledoux-Lebard)

- Les niches multiples gastro-duodénales :

Qui n'ont aucune particularité radiologique propre, doivent faire rechercher un syndrome de Zollinger-Ellison.

d) - Les signes indirects au niveau du bulbe :

Ils peuvent donner de la valeur à une niche sur l'existence de laquelle on hésite; mais leur existence isolée ne permet pas d'affirmer le diagnostic d'ulcère. Ils doivent attirer l'attention sur un bulbe que l'on devra ultérieurement revoir. Ils peuvent manquer au début.

Ces signes indirects sont caractérisés par des images des faces des bords.

- Les signes indirects des faces :

Ils se résument avant tout à la convergence des plis : "indiquant toujours le siège de l'ulcère même si la niche n'est pas visible" P. Porcher)

- Les signes indirects des bords :

Rarement isolés, leur association entraîne des déformations de systématisation complexe (incisures, encoches, dilatations).

e) - Signes à distance :

- La radiographie ne doit pas se limiter au bulbe, et on doit rechercher les signes de voisinage bien qu'ils soient inconstants.

1 - au niveau du pylore :

Les troubles se manifestent sous forme de trois types :

- un pylore spasmé, rétréci,
- un pylore élargi, béant avec arrêt paradoxal des passages,
- un pylore excentré par rapport à la base du bulbe.

2 - au niveau de l'estomac :

Les troubles se manifestent sous forme de deux types :

1°) - modifications cinétique

Sur la totalité de l'estomac (triade de Barclay)

- une hypertonie (coudure de l'estomac à angle droit)
- un hyperpéristaltisme (avec ondes multiples et profondes sur le corps de l'estomac,
- une évacuation rapide de l'estomac, quelquefois un retard paradoxal,
- une hypersécrétion.

2°) - modifications morphologiques :

Sur une portion de l'estomac : l'antrum,

- épaississement des plis entraînant des modifications de relief pouvant simuler des images organiques allant jusqu'aux aspects marécageux de l'antrum (voir ulcère de l'estomac).

3 - au niveau du duodénum :

- Duodénite signée par de gros plis,
- dyskinésie duodénale appréciable au radio-cinéma.

Ces signes, s'ils existent, sont néanmoins inconstants. Ils peuvent se traduire par :

- une accélération de l'évacuation du bulbe (mais elle existe dans d'autres affections, la cholécystite par exemple).
- une dilatation du bulbe qui se traduit par le méga-bulbe.

Les autres affections du duodénum :

- l'ulcère post-bulbaire :

Assez rare. Il donne des images de face ou de profil avec une fréquence décroissante de la portion intermédiaire de D1 jusqu'à D4.

Dans ce cas, c'est plutôt la face postérieure qui est atteinte.

L'image d'addition n'a de valeur que si elle est associée à un rétrécissement.

Citons pour mémoire :

- les duodénites,
- les péri-duodénites
- les diverticules duodénaux qui peuvent saigner souvent chez les sujets âgés.

- Ulcère du pylore :

Le diagnostic est souvent difficile car la niche est habituellement petite. Elle se présente sous la forme d'un petit ergot en saillie sur la petite courbure du pylore.

- la convergence des plis vers la base de l'ulcère est absente,
- cette localisation peut être génératrice de sténoses.

B - IMAGES DE VARICES OESOPHAGIENNES :

Nous avons pu les incriminer dans 18 % des cas d'hémorragies digestives hautes.

Traction éventuelle de l'hypertension portale au niveau de l'oesophage en raison de l'anastomose du réseau veineux oesophagien avec la veine coronaire et les veines aux courts de l'estomac, affluents de la splénique, elles doivent être systématiquement recherchées dans :

- les cirrhoses,
- certaines splénomégalias,

et dans toutes les hypertensions portales pour éclairer la pathogénie d'une ascite ou d'hématémèses récidivants.

Leur mise en évidence nécessite des artifices techniques : procubitus avec compression abdominale, clichés en semi-réplétion proche de la vacuité, ingestion d'eau ou d'une bouillie liquide pour étaler les parois.

- Siège :

Essentiellement sur le tiers inférieur de l'oesophage mais pouvant s'étendre aux deux tiers inférieurs.

- Aspect radiologique :

Elles se traduisent sur les faces par un élargissement boudiné des plis avec une série d'empreintes en "cocon" et sur les bords par des encoches semi-lunaires à contours réguliers.

Lorsque les dilatations variqueuses sont très nombreuses et très étendues, le moule baryté de l'oesophage prend alors un aspect en "bois vermoulu" ou en "mosaïque".

Dans ce cas, elles sont souvent associées à des varices de la grosse tubérosité gastrique.

- Disons un mot de l'ulcère peptique de l'oesophage avant d'en terminer avec cet organe :

- il survient habituellement sur une oesophagite,
- son tableau radiologique pourra être caractéristique. On notera alors :
 - la présence d'une niche
 - image d'addition : soit tache ovalaire de quelques millimètres, soit épine, soit plus rarement niche volumineuse,

Cette niche s'accompagnera de signes indirects :

- encoche spasmodique en regard
- convergence des plis,
- attraction de la paroi vers la niche.

- Varices gastriques tubérositaires :

- souvent associées à des varices oesophagiennes,
- elles peuvent se voir néanmoins isolées,
- les images radiologiques sont généralement discrètes et difficiles à interpréter,
- elles se présentent habituellement comme une grappe de bulles, finement ciselées par la baryte et s'accompagnent fréquemment de modifications des plis qui apparaissent :
 - sinueux ou annulaires comme dans les gastrites hypertrophiques.

En général, les images se déforment selon la position du sujet, et selon la phase respiratoire.

Lorsqu'il existe un gros paquet variqueux, l'image prend un type lacunaire, pseudo-tumoral.

Le diagnostic est facilité par la notion d'hypertension portale.

C - LES HERNIES HIATALES

- 2 à 5 % des étiologies, plus fréquentes dans notre statistique : 10 % des cas.

- elles se recherchent :

1 - en position assise, le patient est penché en avant et pendant la déglutition.

2 - en procubitus oblique et Trendelenbourg (position qui nous intéresse en l'occurrence) avec compression.

a - spontanée à la recherche d'un reflux oesophagien,

b - avec ingestion de bouillie barytée,

3 - profil en décubitus.

On admet trois types de hernies :

TYPE I - ou hernie par roulement ou para-oesophagienne, assez rare.

Ici le cardia est en place et c'est la grosse tubérosité qui s'engage dans l'hiatus :

C'est le type même de la hernie intermittente, difficile à mettre en évidence et à différencier de l'ampoule épiph rénique physiologique (mais qui garde des plis fins, oesophagiens).

TYPE II - ou hernie par glissement, la plus fréquente.

Ici le cardia est dans le thorax avec un oesophage flexueux trop long, et le volvulus gastrique y est fréquent. Il faut étudier le collet et surtout le plissement gastrique : l'image réalisée est celle dite en "pavot".

TYPE III - brachy-oesophage acquis, avec hernie par glissement :

- le cardia est sus-diaphragmatique et l'oesophage est court,
- il n'y a pas de réduction facile et parfois la rétraction oesophagienne est irréductible,
- l'oesophagite peptique y est très fréquente.

Il faut distinguer ces hernies du type III des brachy-oesophages où le cardia est en place, mais c'est la muqueuse oesophagienne qui s'arrête au-dessus du hiatus.

Dans tous les cas on recherche :

1 - des signes indirects : petite poêhe à air gastrique, plis gastriques cérébriformes, parfois réaction antrale.

2 - surtout une complication liée au reflux spontané :

- oesophagite peptique avec son rétrécissement,
- ulcère du collet, surtout situé à la limite des deux muqueuses,
- de pronostic sombre.

3 - une lésion méconnue expliquant les signes cliniques (ne pas s'obnubiler sur la hernie, mais toujours rechercher un ulcère gastrique ou un cancer).

Ces hernies sont totalement différentes des hernies diaphragmatiques traumatiques ou par faiblesse congénitale au travers d'un orifice (y compris rétroxyphoïdien) et des éventrations.

- Ici ce sont des images claires thoraciques qui attirent l'attention et il s'agit souvent du colon hernié.

- dans ces cas, l'intervention chirurgicale s'impose.

4 - Il nous faudra d'autre part, faire le diagnostic différentiel avec l'ampoule épiphrénique, phénomène physiologique plus ou moins évident selon les sujets.

D - LES TUMEURS GASTRO-DUODENALES

Elles n'ont jamais pu être tenues pour responsable de l'hémorragie digestive haute dans nos observations.

1 - Les tumeurs malignes :

1°) - au niveau de l'estomac :

La traduction radiologique du cancer est des plus polymorphes. On distingue schématiquement :

a) - les images lacunaires :

Elles peuvent être la traduction radiologique des cancers végétants :

- de face : elles se présentent comme une surface de plus grande transparence située au niveau de l'estomac, à contours irréguliers, et qui reste fixe sous compression dosée.

- de profil : cette surface de plus grande transparence est en retrait par rapport à la courbure gastrique.

- ses limites sont irrégulières,

- les plis gastriques s'arrêtent à son niveau.

Mais ces images lacunaires ne préjugent en rien de l'étiologie bénigne ou maligne.

Elles sont rarement pures et évoluent très vite vers la deuxième forme de cancer :

b) - le ménisque :

Il est la traduction radiologique du cancer ulcériforme :

- de face : c'est une image en pessaire, c'est donc une niche vue de face.

Entourant cette niche, une zone circulaire, claire, à contours irréguliers qui traduit la zone d'œdème externe du cancer végétant et au niveau de laquelle s'arrêtent les plis gastriques.

- de profil : le ménisque se traduit par une image dense en lentille biconvexe, à grand axe vertical, à bords irréguliers, siégeant en retrait de la courbe gastrique.

- un halo clair répondant à la collerette végétative entoure cette lentille. Comme sur l'image vue de face, les plis s'arrêtent à ce niveau.

Toutes ces images sont invariables sous compression dosée.

D'ailleurs, comme toujours en radiologie, il faut, pour qu'une image soit évocatrice, qu'elle soit constante et invariable sur tous les clichés pris sous la même incidence.

c) - A la période de début, porter le diagnostic de cancer peut être difficile; la raideur de la petite courbure (partie horizontale en général) est alors très évocatrice.

Cette raideur, pour être retenue comme signe de début de cancer ne doit pas varier sous modificateurs de comportement.

Nous verrons plus loin l'importance des signes indirects pour remplacer une lésion dans le cadre des tumeurs bénignes ou malignes.

2 - Au niveau du duodénum :

Les tumeurs malignes sont rares et siègent surtout sur D2. Elles se traduisent radiologiquement par des images ayant l'aspect :

- d'un trois de chiffre renversé de Frostberg,
- d'une lacune
- d'une rigidité segmentaire.

La duodénographie hypotonique trouve ici ses indications et montre le ménisque caractéristique.

II - Les tumeurs bénignes :

de l'Estomac :

- elles se traduisent par une lacune radiologique.

- typiquement, elles sont uniques, bien souvent multiples, régulières, arrondies, bien limitées.

- les plis de voisinage sont normaux et refoulés. Souvent on peut voir le plissement dans la lumière de la lacune.

- la lacune peut varier de siège avec les contractions gastriques (si elle est pédiculée) d'où l'importance de la recherche d'un pédicule.

Les lacunes sont donc :

- soit petites,
- soit volumineuses
- soit volumineuses et ulcérées,

C'est une lacune importante régulière avec une tache opaque de siège central.

Les plis sont refoulés à la périphérie.

Le siège de la lacune ulcérée est volontiers antral et correspond :

- soit à un schwannome dans sa variété intra-gastrique,
- soit à une tumeur maligne ulcérée.

- Problèmes des images pseudo-tumorales au cours des hémorragies gastriques (R. Wolff et J.G. Levy et collaborateurs)

- la présence de caillots peut donner lieu à des images d'aspect tumoral rappelant les bezoards.

- pour la plupart des auteurs, elles siègeraient au voisinage du bas-fond gastrique.

CRITERES DE BENIGNITE ou DE MALIGNITE DES NICHES GASTRIQUES

Ils reposent sur le siège de la niche, sur sa forme, dans l'ensemble et dans le détail, sur l'étude des plis, sur des signes indirects.

a) - Siège de la niche :

- c'est un signe capital,
- sur la portion verticale de la petite courbure, l'ulcère est fréquent et ne se cancérisse qu'exceptionnellement; le cancer est rare.

L'angle et la portion horizontale sont au contraire le siège d'élection du cancer et de l'ulcère transformé (la fréquence de celui-ci étant diversement appréciée).

- sur la grande courbure, les niches cancéreuses sont nettement plus fréquentes que les niches ulcéreuses; celles-ci peuvent être énormes et siègent en général sur la portion verticale. On songera à la possibilité d'ulcères médicamenteux.

- en ce qui concerne les niches des faces gastriques, la statistique est comme précédemment en faveur de l'ulcère pour la portion verticale et du cancer pour la portion horizontale.

b) - Forme de la niche :

D'une manière générale, la niche a un caractère d'autant plus bénin qu'elle est plus saillante, plus ronde, plus étroite à la base, plus pédiculée, plus régulière.

- les niches peu saillantes à large base d'implantation, les grosses niches triangulaires, sont au contraire suspectes.
- les niches en retrait, les niches sur fond plat, sont extrêmement suspectes.
- la niche en plateau est presque toujours maligne.

- le bourrelet, dont la signification est discutée et qui correspond sans doute à des processus assez différents, constitue un élément de suspicion également discuté : le bourrelet pur (bourrelet sans saillie ou ménisque) est beaucoup plus suspect que le bourrelet avec niche.

La présence dans le bourrelet de trainées sombres (radicelles) est un élément défavorable.

- les considérations précédentes s'appliquent aux niches de la petite courbure.

En ce qui concerne les niches de la grande courbure, on ne saurait tirer de leur morphologie des déductions étiologiques aussi précises car, qu'elles soient ulcéreuses ou cancéreuses, elles ont très souvent une forme irrégulière et apparaissent dans une dépression en forme de lacune.

La taille de la niche est sans signification: on observe souvent chez les vieillards d'énormes niches ulcéreuses de la portion verticale de la petite courbure.

c - Etude des plis :

L'épaississement, l'irrégularité des plis et surtout leur désorientation, leur disposition anarchique, la perte de leur souplesse à la compression, sont en faveur de la malignité.

Dans l'ulcère, les plis sont souvent hypertrophiés, plus ou moins réguliers, mais conservent leur souplesse.

- la convergence des plis est un signe d'ulcère,

- l'interruption des plis, à quelque distance de la niche, est un signe de cancer.

d - Signes à distance :

On retiendra en faveur de l'ulcère :

- l'incidence spasmodique de la grande courbure située en face d'une niche de la petite courbure,

- le spasme pylorique et prépylorique,
- la rétraction de la petite courbure,
- la stase duodénale.

Dans le cancer, on peut observer, outre les images de rigidité souvent associées, le signe du "drapé", qui est représenté par des petites incisures fixes de la grande courbure en regard d'une niche de la portion horizontale de la petite courbure.

COMMENTAIRES -

Toutes ces lésions ne pourront être visualisées que si l'on a pratiqué l'examen avec la rigueur qui s'impose :

- aspiration et lavage gastriques parfaits,
- réanimation satisfaisante,
- interprétation rigoureuse des clichés pris sous des incidences et avec les artifices radiologiques se rapprochant au maximum de l'examen radiologique habituel.

Toutes les portions de l'estomac et du duodénum doivent être dégagées et étudiées.

Cette rigueur d'examen nous permettra de réduire au maximum le chapitre des :

- constatations faussement négatives :

Elles répondent d'abord aux ulcérations plates du type "Exulcérations simplex" décrites plus haut.

- à certaines gastrites ectasiantes ou non (10 % des cas environ)
- à certaines varices oesophagiennes qui auraient pu échapper au transit gastro-duodénal,
- aux ulcérations linéaires cardio-oesophagiennes,
- enfin à toutes les lésions seulement accessibles au fibroscope.

On classera, avec G. Ledoux Lebard les échecs du diagnostic des hémorragies digestives hautes :

1 - en faux diagnostic négatif :

- la lésion hémorragique n'est pas mise en évidence,

2 - en faux diagnostic positif :

- on porte alors, à tort, le diagnostic lésionnel sur une image,

3 - en diagnostic incomplet dans lequel est mise en évidence une lésion qui n'est pas, en fait, la source d'hémorragie.

4 - et enfin, en diagnostic indéterminé, les moins satisfaisants pour lesquels ni la radiologie), ni la chirurgie ne sont arrivés à mettre en évidence la lésion responsable de l'hémorragie.

RESULTATS PERSONNELS- OBSERVATIONS

1ère observation :

F... Patrice (33 ans)

- hospitalisé pour hématomèse,
- on relève dans les antécédents un terrain éthylique associé à des douleurs épigastriques,
- le transit gastro-duodéal pratiqué en urgence (produit utilisé Hydrosoluble) nous montre :
 - , un estomac et un bulbe normaux.
 - un deuxième transit gastro-duodéal confirme, deux mois plus tard, l'absence de lésion (produit employé alors : sulfate de baryum).
 - une fibroscopie pratiquée 24 heures après l'hématomèse nous montre l'absence de lésion gastro-duodénale.

2e Observation :

R... André - 60 ans :

- Hématomèse et mœlène
- terrain éthylique connu,
- le transit gastro-duodéal en urgence nous montre (produit utilisé : hydrosoluble) la présence de varices œsophagiennes sans lésion gastro-duodénale.

3e Observation :

Z... Agou - 67 ans :

- hématémèse plus moelena.
- antécédents : grande insuffisance respiratoire chronique avec poussées aiguës, ostéomalacie;
- un transit gastro-duodéal en urgence nous montre un très gros ulcus post-bulbaire (hydrosoluble).
- le traitement médical s'est avéré très concluant.

4e Observation :

A... Jankel - 65 ans :

- hématémèse,
- hernie hiatale connue
- malade traité par de la Phénylbutazone pour rhumatisme.
- un transit gastro-duodéal (hydrosoluble) pratiqué en urgence confirme la volumineuse hernie hiatale avec un reflux spontané,
- l'absence de lésions gastro-duodénale,
- une oesophagite.

La fibroscopie pratiquée après le transit gastro-duodéal révèle la présence de deux ulcus du collet.

5e Observation :

C... Roger - 71 ans :

- hospitalisé pour hématémèse et moelena,
- malade traité pour syndrome dépressif, par Procalmadiol, Valium, Tofranil,
- un transit gastro-duodéal en urgence ne montre aucune lésion
- la fibroscopie s'avère elle aussi normale.

6e Observation :

L... Henry - 73 ans :

- hospitalisé pour hématomène et moelena
- a déjà saigné il y a trois ans,
- cirrhotique connu.

Le transit gastro-duodénal pratiqué en urgence révèle :

- de volumineuses varices oesophagiennes,
- suspicion de varices tubérositaires
- pas de lésion gastro-duodénale.

Tous ces éléments sont confirmés par la Fibroscopie, possible presque aussitôt après le Transit gastro-duodénal grâce à l'emploi d'hydro-solubles.

7e Observation :

M... Marcel - 45 ans :

- hospitalisé pour hématomène,
- antécédents d'ulcère gastrique, de la petite courbure, traité médicalement,
- malade très fatigué ne permettant pas de pratiquer un examen debout ni d'effectuer les différentes radios,
 - . morphologie gastro-duodénale normale,
 - . estomac hypotonique et hypokinétique,
 - . présence de liquide de stase,
 - . absence de processus ulcéreux au niveau de la petite courbure,

Nous rapportons cette observations pour montrer les erreurs commises lors d'un tel examen en urgence à savoir :

- malade mal réanimé,
- estomac non aspiré et non lavé
- absence d'examen en orthostatisme
- absence de toutes les incidences

Conclure à la normalité et l'intégrité de l'estomac dans ce cas précis est une erreur et un tel examen doit être rejeté systématiquement.

8e Observation :

M... Marguerite - 66 ans :

- hématemèse plus moelena,
- un transit gastro-duodéal est pratiqué en urgence : Résultats :
 - . pas de varices oesophagiennes,
 - . petite hernie hiatale
 - . absence d'image de lésion des bords et des faces gastriques,
 - . bulbe et cadre duodénaux d'aspect normal.

9e Observation :

D... Renée - 65 ans :

- hématemèse très importante,
- après une réanimation parfaite et une préparation adéquate, un transit gastro-duodéal est pratiqué.

Il nous révèle :

- une volumineuse niche de la face postérieure, au niveau de la partie moyenne de la petite courbure.

(Le diagnostic radiologique est confirmé par l'intervention chirurgicale).

10e Observation :

M... René - 47 ans :

- hématemèse de moyenne abondance,
- éthyisme certain
- pas de douleurs épigastriques.

Un transit gastro-duodéal en urgence nous confirme :

- l'absence de lésion organique décelable au niveau du corps gastrique,

- une irrégularité néanmoins au niveau de la partie haute de la petite courbure pouvant correspondre à de gros plis, sur le cliché pris en décubitus,

- la présence de varices oesophagiennes au niveau du 1/3 inférieur de l'oesophage,

11e Observation :

R... Marcel - 65 ans :

- hospitalisé pour hématomèse,

- éthylisme :

- : un transit gastro-duodéal en urgence nous montre :

- l'absence de varices oesophagiennes au niveau du 1/3 inférieur de l'oesophage (image peu probante)

- une hernie hiatale avec un important reflux.

12e Observation :

R... Alice (42 ans) :

- hématomèse,

- malade sous corticoïdes et anti-coagulants

L'état de la malade ne permet pas toutes les incidences souhaitables mais l'exploration est cependant bonne.

- les clichés obtenus ne permettent pas de mettre en évidence des lésions pariétales gastriques ou duodénales susceptibles d'expliquer l'hématomèse.

13e Observation :

F... Yvonne - 57 ans :

- hospitalisée pour syndrome oedémato-ictéro-ascitique chez une cirrhotique,

- a déjà présenté une hématomèse de moyenne abondance quelques mois auparavant,

- après deux hématomèses, dont l'une de grande abondance, un transit gastro-duodéal est pratiqué en urgence,

Il révèle la présence :

1 - d'une petite hernie hiatale,

2 - d'importantes varices oesophagiennes du 1/3 inférieur de l'oesophage,

14e Observation :

E... Aimée - 73 ans :

- admise pour hématomèse de sang noir, de volume important avec des caillots,

- se plaignait depuis quelques jours de brûlures épigastriques avec vomissements,

Un transit gastro-duodéal pratiqué en urgence révélait :

- une petite hernie hiatale,

- l'absence de varices oesophagiennes,

- l'absence de passages duodénaux.

Le lendemain devant la reprise de l'hémorragie, un autre transit gastro-duodéal est pratiqué . Il montrait alors :

- un rétrécissement antral,

- un gros bulbe,

- un ulcère duodéal

15e observation :

D... Denise - 53 ans :

- hospitalisée pour hématomèse le 14.10.69

- malade porteuse d'un ulcère découvert en 1968

- un traitement médical pratiqué alors avait suffi à amender les signes cliniques : douleurs, vomissements, etc...

- après l'arrêt du traitement, les douleurs ont repris, la malade a maigri de 2,5 kg, elle reste très asthénique.

Un transit gastro-duodéal pratiqué alors en urgence, révèle la présence d'une volumineuse niche de la portion verticale de la petite courbure dont le siège est différent de la première atteinte ulcéreuse,

- diagnostic confirmé par l'intervention.

16e Observation :

C.,., Lucienne - 45 ans :

- serveuse de restaurant,
- admise pour hémorragie digestive,
- malade migraineuse de nature, consomme une énorme quantité d'aspro, aspirine,

A l'entrée, sa NFS est à 1.930.000 glob. rouges

Le transit gastro-duodéal pratiqué en urgence nous montre :

- 1 - l'absence de varices oesophagiennes,
- 2 - un bulbe et un cadre duodéal normaux
- 3 - des gros plis de gastrite.

17e observation :

V.T.,... Bui - 43 ans

- malade traité pour tumeur, amygdale droite à Villejuif
- hématémèse dans les antécédents (1951)
- le transit gastro-duodéal n'a jamais révélé d'image d'ulcère.
- le 19.8.69, entré en urgence pour hématémèse de moyenne abondance,

Un transit gastro-duodéal pratiqué en urgence s'avère alors négatif.

- Une nouvelle hématémèse conduit à l'intervention qui nous montre la présence de deux ulcérations dont l'une est couverte par un caillot noirâtre sur la face antérieure de l'estomac,

- dans ce cas précis, il y a désaccord entre chirurgie et radiologie,
- ceci nous montre bien les limites du transit gastro-duodénal en urgence et nous incite encore davantage à pratiquer cet examen de manière aussi proche que possible de l'examen pratiqué en dehors d'un épisode hémorragique.

18e Observation :

C... Francine - 29 ans :

- admise à l'hôpital pour hémorragie digestive,
- depuis quelques mois, elle présentait une altération de l'état général (a maigri de 10 kg)
- taches ecchymotiques sur les membres supérieurs et inférieurs,
- douleurs épigastriques modérées, rythmées par les repas
- depuis quelques jours, selles noires,
- on relève dans les antécédents l'abus d'aspirine - 6 par jour, qui lui donnait des brûlures d'estomac depuis quelques temps.

Un transit gastro-duodénal pratiqué en urgence nous montre alors une énorme niche de la grande courbure antrale, plus un petit ulcère en regard de la petite courbure horizontale.

19e observation :

K... Paulo - 30 ans :

- hospitalisé pour hématémèse et moelena,
- on relève dans les antécédents trois hématémèses

Un transit gastro-duodénal pratiqué en urgence nous révèle la présence d'un ulcère du bulbe.

20e observation :

L... Suzanne - 83 ans :

- "trouvée" chez elle, inanimée.

- transportée à l'hôpital elle reçoit 7 flacons de sang pour pouvoir la réanimer.
- aucun antécédent ulcéreux n'est retrouvé
- cette vieille femme prenait de l'aspirine pour calmer ses douleurs.
- un transit gastro-duodéal en urgence :
 - . volumineuse niche de la face postérieure,
- le diagnostic radiologique est confirmé par l'intervention chirurgicale.

21e observation :

D... Louise - 47 ans :

- hospitalisée pour hématemèse en pleine nuit,
- malade alors demi-consciente,
- depuis quelques mois, la malade se plaignait de douleurs post prandiales, survenant 1 heure à 1 heure 30 après chaque repas.
- après une réanimation parfaite, un transit gastro-duodéal est pratiqué en urgence,

Il devait nous montrer une importante image d'addition évoquant un ulcère de la petite courbure, de la position verticale.

L'ulcère était confirmé ultérieurement par l'intervention chirurgicale et l'histologie.

22e observation :

T... Auguste - 50 ans :

- hospitalisé pour hématemèse, la 3e de la journée,
- malade réanimé,
- dans les antécédents, on relève :
 - 1 - la notion de douleurs rythmées, périodiques de type ulcéreux,
 - 2 - une notion de grippe il y a 10 jours et prise de nombreux aspro (6 à 10 par jour).

- un transit gastro-duodéal en urgence révèle alors :

- , une niche de la face du bulbe duodéal,
- , la niche ulcéreuse est alors évoquée.

Quelques jours plus tard, une nouvelle hématomèse conduit à l'intervention (gastrectomie type Finsterer) qui retrouve une cicatrice d'ulcère de la face antérieure du bulbe provoquant un retrait du petit épiploon.

- l'histologie révèle: l'ulcère duodéal n'a pas été retrouvé sur les prélèvements : seules sont apparues des modifications des plus en faveur d'un ulcère voisin.

23e observation :

P... Roland - 37 ans :

- admis pour hématomèses à répétition,
- la veille, brusque hématomèse traitée symptomatiquement par le médecin de garde en ville.

- deux jours plus tard, reprise du processus...

Un transit gastro-duodéal en urgence révèle alors :

- 1 - l'absence de varices oesophagiennes,
- 2 - une niche probable de l'angle de la petite courbure visible de face stricte,

Un transit gastro-duodéal pratiqué par la suite, n'a pas confirmé la présence d'une image suspecte.

24e Observation :

B... Milagno - 26 ans :

- hospitalisé pour hématomèse,
- pas d'antécédents ulcéreux,
- pas de notion de prise de médicaments,

Un transit gastro-duodéal en urgence nous montre :

- un ulcère de la face postérieure du bulbe confirmé par l'intervention chirurgicale.

25e observation :

B... Roger - 52 ans :

- admis pour hématemèse et moelena,
- ce malade souffre de l'estomac depuis longtemps,
- il n'a pas d'ulcère connu
- éthylisme.

Le 24 mars 1971, un transit gastro-duodéal en urgence montre :

- un bulbe incontinent,
- une antré très spasmodique,
- pas d'image d'ulcère typique

Le 26 mars 1971, un nouveau transit gastro-duodéal révèle :

- calcification pancréatique,
- anomalies bord interne de D2, avec rabottage
- image anormale du bulbe du type ulcéreux.

Le 8 avril 1971 : le diagnostic opératoire confirme le diagnostic d'ulcère bulbaire.

26e Observation :

M... Gaston - 60 ans :

- hospitalisé pour hématemèse,
- pas d'antécédents d'ulcère,
- prise d'aspirine et de corticoïdes pour polyarthrite chronique et évolutive,

Un transit gastro-duodéal en urgence, met en évidence un volumineux ulcère de la grande courbure antrale,

Le diagnostic radiologique est confirmé par le diagnostic opératoire.

27e observation :

T... Claude - 32 ans :

- hospitalisé pour deux hématemèses,

- la troisième depuis 1967
- pas de prise de médicaments,
- pas d'antécédents ulcéreux.

Un transit gastro-duodéal en urgence nous montre :

- une gastrite de toute la portion verticale de l'estomac. Ce diagnostic sera confirmé :
 - 1 - par la fibroscopie qui conclut à une gastrite polypoïde supérieure sans lésion ulcéreuse,
 - 2 - par l'anatomo-pathologie qui diagnostique une gastrite d'étiologie indéterminée.

28e Observation :

G J... Henri - 87 ans :

- hématomèse survenue brutalement,
- pas d'antécédents ulcéreux.

Un transit gastro-duodéal en urgence révèle :

- 1 - l'absence de varices oesophagiennes,
- 2 - un diverticule du bas oesophage,
- 3 - l'absence de hernie hiatale.

Un mauvais état général nous oblige à arrêter l'examen et à réanimer en urgence,

L'intervention chirurgicale permet de porter le diagnostic de niche ulcéreuse bulbair.

29e Observation :

B... Ludovic - 72 ans :

- hématomèse plus moelena
- ulcus duodéal connu depuis 25 ans,

Diagnostic radiologique (TGD en urgence)

- sonde laissée en place,
- estomac non rempli

- ininterprétable

Diagnostic opératoire :

- volumineux ulcère chronique de la petite courbure.

30e Observation :

F... Anna - 84 ans :

- hématomèse sans aucun antécédent ulcéreux,

Le transit gastro-duodéal en urgence révèle la présence d'un ulcère bulbaire confirmé par l'intervention chirurgicale.

31e Observation :

G... Louise - 63 ans :

- hospitalisée pour hématomèse,

- cirrhose vraisemblablement éthylique,

Transit gastro-duodéal en urgence :

- volumineuses varices oesophagiennes et varices gastriques,

Diagnostic anatomo-pathologique (nécropsie) :

- varices oesophagiennes,

- au niveau du fundus petite tuméfaction hémorragique,

- en surface, ulcération gastrique,

Conclusion :

- hématomèse secondaire due :

. soit à une rupture de varices oesophagiennes,

. soit à une ulcération gastrique

32e Observation :

M... Marcel - 62 ans :

- hématomèse plus mœlena, d'apparition brutale,

- pas d'antécédent ulcéreux,

- pas de signes cliniques de hernie hiatale

- prise d'aspirine pendant les cinq jours qui ont précédé l'hémorragie,

Transit gastro-duodéal en urgence révèle :

- une volumineuse hernie hiatale,
- on ne retrouve pas de cause :
 - . ni oesophagienne,
 - . ni gastrique,
 - . ni herniaire

Ce diagnostic négatif est confirmé par la chirurgie qui ne peut retrouver une étiologie précise.

33e Observation ;

P.... Thomas - 51 ans :

- hématomèse plus mœlena,
- pas d'antécédents bien précis,

Un transit gastro-duodéal en urgence permet la découverte d'un volumineux ulcère de la petite courbure confirmé par l'intervention chirurgicale.

35e Observation :

V... Charles - 32 ans :

- admis pour hématomèse survenue le 22.9.70
- un transit gastro-duodéal en urgence ne montre aucune image lésionnelle,

Intervention le 29.9.70 :

- pas d'image d'ulcération,
- nombreuses lésions de gastrite érosive sur toutes les faces de l'estomac.

Le 25.9.70 : un transit gastro-duodéal (baryte) n'avait révélé aucune image lésionnelle.

Conclusion : le TGD qu'il soit pratiqué avec des hydrosolubles ou du sulfate de baryum reste limité et impuissant devant des exulcérations type gastrique

36e Observation :

M... Eugène - 35 ans :

- hématémèse à répétition chez un cirrhotique (cirrhose vraisemblablement d'origine bilharzienne) avec volumineuses varices oesophagiennes.

1ère intervention : octobre 1970 :

Le diagnostic opératoire conclut à une gastrite hémorragique avec exulcération de la petite courbure, dans le fond de laquelle saigne une artère.

Une 4e hémorragie entraîne la mort du malade.

Le transit gastro-duodéal avait confirmé l'existence de varices oesophagiennes de même que la fibroscopie et l'anatomo-pathologie.

37e observation:

T... Hotice - 26 ans :

- hématémèse plus moelena
- transplanté récent de Turquie
- ulcère de face antérieure du bulbe connu et radiographié

Un transit gastro-duodéal en urgence nous révèle :

- un ulcère de l'angle supéro-int. du bulbe

Le diagnostic opératoire conclut, quant à lui, à l'existence d'un ulcère jeune du bord supérieur du bulbe.

38e Observation :

G... Lucie - 75 ans :

- hospitalisée pour hématémèse,
- pas d'antécédents ulcéreux,
- pas de notion de prise de médicaments,

Le transit gastro-duodénal en urgence nous montre :

- une fibrose antrale avec une ou deux ulcérations.

Ce diagnostic est confirmé par l'intervention chirurgicale qui conclut à une gastrite avec suffusions hémorragiques.

39e observation :

M... Suzanne - 72 ans :

- hématémèse sans antécédents d'ulcère,
- pas de notion d'éthylisme,
- prise d'aspirine, Equanil

Le transit gastro-duodénal en urgence révèle la présence de :

- une niche de la petite courbure antrale, pré-pylorique, d'aspect récent avec convergence des plis,

Le diagnostic opératoire :

- volumineux ulcus de la face postérieure, perforé dans le pancréas.

40e Observation :

H... Hizer - 50 ans :

- hématémèse,
- suspicion de cancer.

Le transit gastro-duodénal nous montre la preuve de varices œsophagiennes, une absence de lésion gastrique,

- ces éléments ont été confirmés par la nécropsie.

41e observation :

J... Garabet - 73 ans :

- hématamèse plus moelena,
- suspicion d'antécédents d'ulcère gastrique,
- . adénocarcinome de la prostate propagé à la vessie,

, néphrite interstitielle chronique,

Transit gastro-duodéal révèle :

- un estomac replié sur lui même,
- l'absence de lésion gastro-duodénale,

Nécropsie nous montre la présence de deux ulcérations nécrotiques aiguës au niveau du duodénum.

42e Observation :

D... Lucien - 67 ans ;

- hématémèse plus mœlena,
- éthylisme connu.

Transit gastro-duodéal en urgence nous montre :

- 1 - l'absence de varices œsophagiennes,
- 2 - l'absence de lésion gastro-duodénale.

La fibroscopie révèle : un œsophage normal,

La moitié supérieure de l'estomac présente un aspect stellaire inhabituel,

D'autre part, la muqueuse est fragile.

Conclusion : gastrite plus hypertension portale.

43e Observation :

W... Paul - 78 ans :

- hématémèse plus mœlena
- prise de pindione
- pas d'antécédents d'ulcus

Le transit gastro-duodéal en urgence révèle :

- l'absence de varices œsophagiennes,
- l'absence d'anomalies de l'estomac,
- la présence d'une image douteuse au niveau du bulbe duodéal

Résultats de la fibroscopie :

- muqueuse bulbair normale,

- aucune lésion ulcéreuse au niveau de l'estomac,
- abolition du plissé gastrique.

Au total : gastrite atrophique.

44e Observation :

A... Ali - 68 ans :

- hématomèse plus mœlena chez un sujet gastrectomisé en 1933
- pas de notion de prise de médicaments,

Transit gastro-duodénal en urgence :

- suspicion de tumeur,
- un transit ultérieur révèle un estomac normal

La fibroscopie portera quant à elle le diagnostic de gastrite atrophique du moignon gastrique sans image d'ulcération ou de tumeur visible.

45e Observation :

D... Anne - 47 ans :

- hématomèse,
- sans antécédent,
- sans syndrome douloureux épigastrique,
- pas de prise de médicaments

Transit gastro-duodénal en urgence : tractus digestif normal.

Fibroscopie : ulcérations peu creusantes, de 2 mm de diamètre hémorragiques, l'une au dessous de l'antra, l'autre au niveau de la petite courbure angulaire.

47e Observation :

M... Joseph - 70 ans :

- hématomèse survenue chez un cirrhotique connu ayant déjà saigné plusieurs fois.

- le transit gastro-duodénal en urgence révèle la présence de varices oesophagiennes, du bas oesophage.

48e Observation :

M... Georges - 70 ans :

- hématomèse survenant chez un sujet opéré, sept jours auparavant d'une lithiase du cholédoque,

- on relève dans les antécédents la notion d'un ulcère du bulbe, traité médicalement,

- le transit gastro-duodénal pratiqué en urgence conclut (produit utilisé : le Sulfate de Baryum) :

. sonde laissée en place,

. estomac non vidé, ininterprétable,

- le diagnostic opératoire révèle la présence d'une ulcération de 3 mm de diamètre de la portion horizontale de la grande courbure gastrique.

49e Observation :

F... Emile - 69 ans :

- récurrence d'hématomèse chez un malade au passé éthyl ++

- le transit gastro-duodénal pratiqué en urgence (produit utilisé Sulfate de Baryum) révèle :

. petites irrégularités au niveau du tiers inférieur de l'oesophage,

. aspect atypique de varices oesophagiennes mais la sonde est laissée en place.

Un transit refait une semaine plus tard confirme la présence de varices oesophagiennes.

50e Observation :

C... Maurice - 47 ans :

- Hématémèse survenant chez un malade présentant un ulcus bulbaire connu depuis 1947
- un transit gastro-duodéal en urgence (produit utilisé : sulfate de baryum) met en évidence l'ulcère bulbaire, confirmé par l'intervention chirurgicale.

COMMENTAIRES -

Nos observations nous permettent de constater que :

1 - de très nombreux diagnostic portés par le transit gastro-duodéal en urgence sont confirmés soit par la clinique, l'intervention chirurgicale ou la nécropsie.

2 - Le pourcentage des différentes étiologies est respectée, bien que nous ayons relevé, dans nos observations, plus d'ulcères gastriques que duodénaux qui saignaient.

Soulignons le rôle important joué par la prise de certains médicaments (type : Aspirine, Cortisone, anti-coagulants)

3 - La réanimation du sujet doit être parfaite pour mener à bien notre examen.

4 - La technique, pour être efficace, doit se rapprocher d'aussi près que possible de celle pratiquée habituellement. Signalons néanmoins que certaines lésions restent à la limite de la visibilité radiologique et que le transit gastro-duodéal, comme tout examen présente des lacunes.

Pour cette raison, la fibroscopie reste un appoint essentiel dans le diagnostic étiologique des hématémèses, mais elle ne doit pas être considérée comme un examen plus efficace que le transit gastro-duodéal pratiqué en urgence, car tout comme lui, elle présente des lacunes (nous le verrons plus loin) et au lieu de s'affronter ces deux examens doivent être en fait complémentaires.

5 - L'innocuité de l'examen est absolue.

Etiologie	Total	Pourcentages
Ulcères gastro-duodénaux	20 (Gastriques : 11 (Duodénaux : 9	40 %
Hypertension portale	9	18 %
Hernie hiatale	5	10 %
Gastrites	3	6 %
Cancers et Tumeurs bénignes	0	0
Causes non identi- fiabiles	13	26 %
TOTAL	50	100 %

Tableau récapitulatif des différentes étiologies
retrouvées dans nos observations.

CONCLUSIONS

Devant une hémorragie digestive haute, nous disposons de quatre moyens d'investigations étiologiques :

- 1 - le transit oeso-gastro-duodénal,
- 2 - l'artériographie du tronc coeliaque
- 3 - la splénoportographie
- 4 - la fibroscopie.

Le problème qui se pose est de savoir :

a) - lequel de ces moyens employer pour mettre le plus sûrement en évidence la lésion responsable du saignement et ce en faisant courir le moindre risque possible au malade,

b) - si l'emploi de deux méthodes s'avère indispensable, dans quel ordre les appliquer.

I - LE TRANSIT OESO-GASTRO-DUODENAL

Pour être efficace, il nous impose certains impératifs auxquels on ne pourra pas se soustraire.

1 - Le sujet doit être parfaitement déchoqué et réanimé,

2 - La technique doit se rapprocher d'aussi près que possible de celle pratiquée de manière courante.

a) - Les produits de contraste :

Hydrosolubles ou sulfate de baryum.

Chaque produit présente ses avantages et ses inconvénients, néanmoins on ne peut nier l'avantage incontestable des hydrosolubles dans le cas où une fibroscopie ou une artériographie s'avère nécessaire après un transit

oeso-gastro-duodénal négatif et si l'on craint une perforation associée ou si l'on redoute une fausse route du gastroscopie.

b) - Les modificateurs de comportement :

On ne doit pas les rejeter d'emblée; ils devront être employés sans hésitation si nécessaire (notamment Primpéran et Viscéralgine).

c) - La conduite de l'examen :

Elle devra se rapprocher entièrement sinon dans ses détails de celle employée habituellement :

- osthostatisme à respecter,
- emploi de la compression dosée,
- incidences utilisées habituellement.

Seulement dans ces conditions, le transit gastro-duodénal sera efficace : 75 à 90 % de diagnostics positifs selon les auteurs. Pour notre part, sur 50 observations, nous avons pu porter un diagnostic positif (confirmé par la chirurgie ou l'autopsie) dans 74 % des cas.

Néanmoins, comme tout examen, la radiographie présente des insuffisances :

- ulcérations trop planes pour être vues (type exulcération simple de Dieulafoy) gastrites en général, certaines varices oesophagiennes, ulcérations linéaires cardio-oesophagiennes, enfin toutes les lésions seulement accessibles au fibroscope (syndrome de Mallory-Weiss par exemple).

Méfions-nous d'autre part de porter un faux diagnostic lésionnel sur une image.

II - L'ARTERIOGRAPHIE DU TRONC COELIAQUE

Elle peut visualiser l'artère qui saigne mais à condition d'être certain d'un saignement important : le débit devra être égal ou supérieur à 5 ml/minute faute de quoi l'artériographie sera totalement inutile. Elle sous-entend d'autre part la présence d'une équipe de radiologues capables de prati-

quer un tel examen, de jour comme de nuit, qui, admettons-le, s'il paraît de pratique courante dans certains services, peut poser des problèmes tant sur le plan technique que sur celui de l'interprétation dans des services bénéficiant d'une expérience encore insuffisante.

Elle peut révéler des lésions oeso-gastro-duodénales ou d'hypertension portale.

III - LA SPLENOPORTOGRAPHIE

Lors des hypertensions portales, elle représente pour certains un examen essentiel.

Elle doit être réalisée, comme l'artériographie, avant le transit gastro-duodéal dont les opacités sont gênantes, sauf si l'on a employé des substances hydrosolubles.

Elle permet de visualiser les signes d'hypertension portale (varices oesophagiennes) qui échappent au transit gastro-duodéal.

Par contre, elle n'exclut pas, même positive, la possibilité de lésions associées en particulier ulcéreuses ou gastritiques et ne permet pas d'affirmer que l'hémorragie provienne des varices rompues.

Cette constatation ne nous donne pas la possibilité de nous fonder uniquement sur cet examen pour porter un diagnostic étiologique d'hématémèse et cet examen est relégué sur un plan très secondaire en urgence, en raison des progrès des autres moyens d'exploration.

IV - LA FIBROSCOPIE

Elle peut se faire dans deux conditions :

- en urgence, immédiate, avant la radiographie, ou en urgence différée, après l'examen radiologique

- déchoquage et réanimation parfaite du malade durant les deux conditions préalables avant l'examen.

1 - La fibroscopie d'emblée :

a) - avantages :

Sa facilité technique permet de la pratiquer chez des sujets non mobilisables, en extrême urgence où une intervention d'hémostase s'impose immédiatement devant un saignement trop important.

Certaines circonstances la rendent supérieure à la radiographie :

- lésions trop planes pour être visibles lors du transit gastro-duodénal : ulcus simplex, gastrites, etc.,
- lésions siégeant sur la calotte tubérositaire (varice tubérositaires mises en évidence);
- syndrome de Mallory-Weiss dont la preuve formelle ne peut être fournie que par l'endoscopie,
- ulcère creusant dont l'hémorragie efface l'oedème péri-ulcéreux ou comblé par un caillot le mettant de niveau avec la muqueuse voisine,
- lorsque plusieurs lésions saignent, seule l'endoscopie peut préciser celle qui saigne.

b) - Inconvénients :

- L'endoscopie n'est pas toujours facile à interpréter si le malade est en cours d'hémorragie car l'optique est continuellement souillée de sang et la visibilité difficile.
- La pratique ultérieure d'une radiographie de qualité est retardée et gênée par la fibroscopie : l'anesthésie pharyngée, nécessaire à l'introduction du fibroscope rendra difficile la déglutition de baryte pendant quelques heures.
- L'insufflation crée des superpositions gazeuses indésirables pour l'interprétation et entraîne un météorisme abdominal incompatible avec une compression correcte.
- Signalons enfin la possibilité de diverticules oesophagiens avec une muqueuse fragilisée pouvant se rompre lors de l'introduction du fibroscope, cas notamment du diverticule de Zenker, énorme, souvent et dans lequel

le fibroscope pénètre directement, la lumière oesophagienne étant trop réduite.

2 - La fibroscopie après la radiographie :

Elle doit suivre le transit gastro-duodénal si ce dernier s'est avéré négatif.

Elle devra se faire après lavage gastrique parfait pour éliminer les résidus barytés (avantage incontestable dans ce cas précis des hydrosolubles).

Quoi qu'il en soit, la fibroscopie nécessite comme l'artériographie une équipe de spécialistes entraînés à ce genre d'examen; très peu d'hôpitaux disposent en fait d'une équipe de fibroscopistes disponibles à toute heure du jour et de la nuit.

AU TOTAL :

Deux examens complémentaires à pratiquer en urgence dominant le problème des hémorragies digestives hautes (l'artériographie du tronc coeliaque et la splénoportographie restant plus secondaires) :

- le transit oeso-gastro-duodénal,
- la fibroscopie, dans les centres équipés.

Ils se complètent car tous deux ont leurs insuffisances, comme le font remarquer P. Dupuy, G. Cazard et collaborateurs :

"En période d'hémorragie oeso-gastro-duodénale, l'examen radiologique et l'examen endoscopique sont complémentaires; dans près de la moitié des cas, l'un d'eux n'est pas adapté à la mise en évidence de la lésion, dans l'autre moitié, les erreurs des deux examens se compensent presque toujours".

Quoi qu'il en soit, le transit oeso-gastro-duodénal pratiqué en urgence, demeure de par son innocuité, sa relative facilité d'exécution, son efficacité (75 à 90 % de résultats positifs, dans les statistiques prises dans leur ensemble, pour notre part, nous avons pu porter un diagnostic positif dans 74 % des cas) l'examen fondamental à pratiquer devant toute hémorragie digestive haute.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ADIB(A), (Ispahan) - DOUTRE(LH), PERISSAT (J) et TRAISSAC (FJ) (Bordeaux)

Place des diverticules duodénaux dans les hémorragies digestives.

Arch. des Mal. de l'App. Dig. 1961. 50, p.1932

- 2 - ADOLF (M), SAVA (G), GILLET (M), HOLLENDER (L) et WEISS (AG)

Etude critique de 45 hémorragies digestives opérées d'urgence (à l'exception de l'hypertension portale)

Bull. Assoc. Nord. Lotharing. Gastro-entérol. Février 1968
n° 13, p;165-167

- 3 - ALBOT (G), BERTHET (G), BOISSON (J), BON (J)

Des conditions nécessaires à l'amélioration du diagnostic radiologique des tumeurs de la région oeso-cardio-tubérositaire

Arch. Mal. App. Dig. 1967, 56, p.1169-1208

- 4 - ARNULF (G), et BUFFARD (P)

Sur la radiographie d'urgence dans les grandes hémorragies gastro-duodénales

Arch. Mal. App. Dig. 1955; 44/5, p.669-673

- 5 - ARNULF (G) et BUFFARD (P)

A propos de la radiographie gastro-duodénale d'urgence dans les grandes hématémèses

Bull. Sté F.E.R.M. (Filial du Centre et du Lyonnais)

Comm. du 5.3.1955

J. Radiol. Electrol. nov. Dec. 1955 36, n° 11/12, p.958.959

- 6 - ARVAY (N)

L'examen radiologique d'urgence au cours des hémorragies digestives graves.

Arch. des Mal. de l'App. dig. 1957, 46, n° 9, p.829-836

7 - ARVAY (N), PICARD (J.D.) et BODIGUEL (A) Paris

L'examen radiol. d'urgence au cours des hémorragies digestives graves.

J. Radiol. Electrol. Mai-Juin 1957, 38, n° 5,6, p.393-397, 6 fig.

8 - ARVAY (N) (Bucarest)

L'examen radiologique d'urgence au cours des hémorragies digestives graves.

Comm. Invités Etrangers, 1958, p.779-785

9 - BAUM (S), NUSBAUM (M), BLACKMORE (W.S.) et FINKELSTEIN (A.K)

The preoperative radiographic demonstration of intra-abdominal bleeding from undetermined sites by percutaneous selective celiac and superior mesenteric arteriography.

SURG, 1965, 58, p.797-805

10 - BISMUTH (V) VALLEE (G), et MICHEL (J.R.)

Contribution de la radiologie à l'étude d'une hématomérose
France Med. 1961, 24, p.275-288

11 - BOURGEON (R) (Alger)

Les hémorragies digestives d'origine splénique et vasculospléniques.

Arch. Mal. app. Dig. 1959, n° 7, 8 bis

Journées francaises de gastro-entérologie, p.109

12 - BROWN (Henry) CAMERON (John) FUJINO (Toyoni) SCHMIDT (Erwin) and BROWN (Julie) (Visconsin-Madison)

Localisation of gastro-intestinal hemorrhage with radioiodine
Amer. J. Surg. 1962, 105, p.370-371

13 - CANTWELL (D.F.)

Ward barium meal examination in acute gastro-intestinal hemorrhage.

Clin. Radiol. 1960, XI, n° 1, p.60-64, 7 fig. 1 tabl.

14 - CANDLER (Cn), CAMERON (AD), NUNN (AH), et STREET (DF) (London)

Hematemesis and melena : their early radiological investigation.

Lancet 1960, 2/7149, p.507-510, 5 fig. 3 tabl.

15 - CHANDLER (GN), et WATKINSON (G)

The early diagnosis of the causes of hematemesis
Quart. J. Med. 1959, 242, 280-283

III

16 - CONN . (HO) et BRODOFF (M)

Emergency oesophagoscopy in the diagnostic of upper gastro-intestinal hemorrhage; a critical evaluation of its accuracy
Gastroenterology, 1964, 47, p.505-512

17 - CONTE (M) FOUET (P), BODIN (F) et LIGUORY (C)

Radiographie et endoscopie gastriques en urgence au cours des hémorragies digestives.
Ann. Med. Int. 1970, 121, p.213-216

18 - CORNET (A) GUERRE (J.) HILLEMAND (B) et BIGNON (J)

Ulcérations des faces et du corp de l'estomac
La Presse Med. 1962, 70, p.1843

19 - CRISMER (R.) LEFEBVRE (F), DELFORGE (M;) et DAMIEAN-GILLET (M)
(Liège)

Hématémèse par diverticule gastrique ulcéré
Bull. Assoc. Nord. Lotharing Gastro Enterol. Janvier 1971
7, n°1, p.5-7

20 - CUMMACK (DR) (Edimbourg)

The diagnosis of massive haematemesis
The role of radiology (symposium)
Brit. J. Surg. 1964, 51, p.744-746

21 - DEBRAY (Ch.) LEYMARIOS (G) et BRUNOT (H.) (Paris)

Les hémorragies du tractus digestif au cours des traitements anti-coagulants
Arch. Mal. App.Digest. 1966, 55, p.605

22 - DELANNOY (E.), GAUTHIER (P.) SOULIER (A), et LEMAITRE (G)

L'examen radiologique d'urgence dans les hémorragies graves d'origine gastro-duodénale
La Presse Med. 1952, 60, p.236-241

23 - DELANNOY (E)

A propos de l'examen radiologique d'urgence dans les hémorragies gastro-duodénales aiguës
Arch. des Mal. de l'App. Dig. 1954, 43, p.333

24 - DELANNOY (E) VENDENDORF (F), et LEMAITRE (G)

L'examen radiologique d'urgence dans les hémorragies gastro-duodénales aiguës
Bull. Ste FERM (Filiale du Nord), comm. du 26.4.1953,
J. Rad. Electrol. 1954, 35, n°1,2, p.78-80; 3 fig.

25 - DELANNOY (E) et VANDENDORP (P.)

Diagnostic clinique et radiologique dans les hémorragies digestives.

Arch. Mal. App. Dig. 1959, 48, n°7, 8 bis

J. Fr. Gastro Enter. (suppl. au n°17, 8) p.43-51

26 - DOUTRE (LP), PERISSAT (J) LEHMANS (F), HIRIGOYEN (Ph) et BEAULIEU (JC), (Bordeaux)

Réflexions sur une statistique de 76 hémorragies digestives hautes et massives, traitées en un an

La Presse Médicale, Juillet 1970, 78, n°33, p.1471-

27 - DUMOULIN (M) BOISOT (J) BERETS (J) et LAVAL-JEANTET (M)

Le transit gastro-duodénal d'urgence dans les hématomésés

Bull. Sté FERM (filiale du littoral med), comm. du 27 mars 1960

J. Radiol. Electrol. Décembre 1960, 41, n°12, p.830-933, 2 fig

28 - DUPUY (P) CAZARD (G), RUEFF (B), et NAHUM (H) (Paris)

Corrélations radio-endoscopiques en période d'hémorragie digestive haute

La Presse Médicale novembre 1971, 79, n°51, p.2309-2311

29 - DUPUY (R), STUHL (L), MARTIN (H), et PERELMAN (R)

A propos de l'examen radiologique d'urgence dans trois cas d'hémorragies d'origine gastrique

Arch. Mal. App. Dig. 1953, 42, 7, 8, p.992-997, 1 fig

30 - EDELMANN (G)

Le traitement des hémorragies gastro-duodénales massives (hypertension portale exceptée), Cloture de la discussion

Mem. Acad. Chir. 1966, 92, p.890, 901

31 - ELMER (R.A), ROUSUCK (A.A), et RYAN (JM) (Cleveland)

Early roentgenologic evaluation in patients with upper gastrointestinal hemorrhage. Report of 58 patients

Gastroenterology, 1950 16/3, p.552-564, 8 fig. 2 tab.

32 - FIHEY (Alain)

A propos d'un cas de mort après ingestion de baryte chez un ulcéreux en période hémorragique

Thèse Med. Paris 1954, n°1069, dactylo 53 p.(17.12.54)

33 - FONSECA (LC), et VISTTO (MR), (Sao Paulo)

Ulceras gastro-duodenaes hemorragicas

Rev. Bras. Radiol. 1958, 1/2, p.77, 125, 67 fig

34 - FONTAINE (R), WARTER (P), WEILL (F) (Strasbourg)

L'examen radiologique d'urgence en période d'hématémèse
 Résultats personnels
Radiol. Clin. (base 1), 1960, 29/5, p.232

35 - FONTAINE (R), WARTER (P) et WEILL (F)

L'examen radiologique d'urgence en période d'hématémèse
Ann. Radiol. 1961, 4, p.87-99

36 - GABRIEL (JB), RONACO (F), et DUBOWY (J) (Brooklyn NY)

Early, diagnosis in upper gastro intestinal bleeding utilizing
 a water soluble radiopaque medium and endoscopy
Amer. J. Gastroenter. 1968, 41/3, p.255-262

37 - HEMRICH (P) et ROLOFF (Rostok)

Die akute blutung den oberen, magen darm trakts
Dtsch. Gesundh. Wes. 1964, 19, p.1285-1289

38 - HENRY GEORGE (W), (Honolulu - Hawaii)

Detection of gastro intestinal bleeding with a barium hydrogen
 peroxide mixture
Amer. J. Roentgenol. oct. 1957, 78, n° 4, p.698, 704

39 - HEUBLEIN Gilbert (W), BAKER Gérald (L) et ROY Robert (H)

(Hartford, Connecticut)
 Acute upper gastro-intestinal bleeding
 Roentgenologically considered - experience at the hartford hospital
Amer. J. Roentgenol. décembre 1960, 84, n° 6, p.1003, 1027, 22 fig

40 - HILLEMAND (P) VIGUIE (R), et BIENZARD (J)

Etude statistique et étiologique des hémorragies ulcéreuses
Arch. Mal. App. Dig. 1959, n° 7, 8 bis, J. Fr. Gastro enter. p.9

41 - IWINSKI (Z), (Warszawa)

The accuracy of radiologic diagnosis in cases of hemorrhage
 of the upper gastrointestinal tract of ulcer origin
Pol. Przegl. Radiol. Med. Niessel 1967, 31, n° 1, p.75-78

42 - HODGES (DJ)

Unexplained hemorrhage into the upper gastrointestinal tract
 The Mallory-Weiss syndrome
Med. J. Aust. 1964, 51, 2, p.669-671

43 - KAINTER (IE), SCHWARTZ (AJ), FLEMING (RJ)

Localisation of bleeding point in chronic and acute gastrointestinal hemorrhage by means of selective visceral arteriography
Amer. J. Roentgenol. 1968, 103, p.386-399

44 - KNOWLES HARVEY (C), FELSON (Benjamin) SHAPIRO NATHAN,
SCHIFF (Léon)

Emergency diagnosis of upper digestive tract bleeding by roentgen examination without palpation (Hampton technic)
Radiology, avril 1952, vol. 53, n° 4, p.536, 3 fig

45 - KOCH WALTER - LUCHINI (Aldo) MEDINA LUIS Y ASTE (Hugo)

Estudio radiológico precoz en hemorragia digestiva
 Experiencia en 180 casos
Rev. Argentina de radiol. janvier, avril 1968, n° 1, p.46, 53,
 5 fig. 4 tabl.

46 - KRAUS (R), UNGEHENER (E), et STRNAD (F), (Frankfurt AM)

Zur Röntgendiagnostik der akuten blutungen oberen digestionstraktes
Dtsch. Med. Wschr. 1959, 84, p.106-109

47 - KRAUS (Rudolf), STRANAD (F)

Es possible un examen radiofrágico en un estado de hemorragia aguda del tubo digestivo superior
Radiologia Panama, Juin 1961, vol. XI, n° 3, p.115-118

48 - KREDI ODOARDO CONDE TORRES ET PERREIROS (Cuba)

Valeur de la radiologie d'urgence dans les syndromes aigus hémorragiques du tractus digest, sup.
Arch. Hosp. Univers. Mai-Juin 1955, vol. VII, n° 3, 17 fig
 et bibliogr. (15)

49 - KREDI DABAJ (Elias) ODOARDO FONSECA DENIO CONDE OTERO
(Francisco) TORREZ RUZ et PEREORAS COSTA

El valor de la radiologia de urgencia en los sangramientos agudos del tractus digestivo superior, un nuevo enfoque del problema
Radiologia, Decembre 1956, vol. VII, n°1, p.23-28

50 - KREDI (E), et LOMBSKY (J) (Prague)

Früheröntgenmentersuchung der grosser magendarmblutung
Radiol. Pnagn. (Berl.) 1967, 8/2, p.255-259

- 51 - LADOUCHI (A), MONOD-BROCA (Ph), LESOURD (G), et PAILLAS (J.) (Paris)

Les hémorragies gastriques graves par micro exulcération et par érosion artérielle inapparente.

La Presse Médicale : juin 1971, 79, p.1331-1335

- 52 - LASSRICH (A) (Hambourg)

Röntgendiagnostik der blutungen aus den magen darmtrakt

M Schr. Kinderheilk., 1966, 114:3, p.293

- 53 - LATASTE (J) et ROBIN (B)

Les hémorragies digestives hautes chez les cirrhotiques (139 cas)

La Presse Médicale, 10 février 1968, 76, n°7, p.307-309

- 54 - LEDOUX-LEBARD (G), HEITZ (F), et BEHAR (A)

Les hernies hiatales de l'adulte

Delachaux et Niestle - Edit. Paris et Neufchatel, 1967, 1 vol.140 p.
80 fig. (Collect "Les monographies" du CERR)

- 55 - LEDOUX-LEBARD (G)

Les urgences en gastro-entérologie (hémorragies digestives hautes)

Clermont Medical Journées Radiol. Juillet-Aout-Septembre 1968

11 n°73, p.217-225, bibl.

- 56 - LEGER (L), DETRIE (P) et Mlle GUYET (P)

Hémorragies des varices oesophagiennes et gastriques

Arch. Mal. App. Dig. 1959, 48, p.1304-1332

- 57 - LEGER (Lucien)

Hémorragies digestives d'origine pancréatique

Arch. Mal. App. Dig. 1959, Journées françaises de gastro-entérologie, p.199

- 58 - LEVRAT (M), LAMBERT (R), et MARTIN (F)

Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux

Arch. des Mal. de l'app. Dig. 1961, 50, p.865

- 59 - LIGUORY (C), et BISMUTH (V)

Examen radiologique des malades atteints d'hémorragie digestive

EMC, radio IV, 33707, A/10

- 60 - LOCKE (GB)

Examen radiologique des hémorragies occultes du tractus gastro-int.
Journées nationales des 18, 19 20 octobre 1967, de la Soc. Fr.E.R.M.
J. de Radiologie et Electrol. Aout/sept. 1968, 49, n°8-9

61 - MAILLARD (G)

Les hémorragies gastro-duodénales graves d'origine ulcéreuse
Aspects étiologiques et cliniques - Possibilités thérapeutiques
Revue Franc. de Gastro-entérologie, dec. 1971, n°74, p.53-62

62 - MAILLET (C), GOLDSBERG (A), HARDEN (Mc G), GREY (R), THOMAS (I), E. BURNETT (W), (Glasgow)

Diagnosis of upper gastro intestinal bleeding
Brit. Med. J. 1965, II, p.784-789

63 - MANLEY KEITH (A), et SKYRING (Alan P) (Baltimore)

Skyring some heritable causes of gastro-intestinal disease .
spécial reference to hemorrhage.
Arch. Inter. Med. 1961, 107, p.182-203

64 - MEEROF (M) FERREIRA (JA), PELIZZARI (QN) et PEREIRA (GG) (Buenos aires)

Etiopathogénie dans les hémorragies digestives massives
hautes. Notre expérience - Classification et examen de 259 cas
Rass. Ital. Gastro Ent. 1966, 12, p.3-34

65 - MELFI (F) BRIGHINA (G) et LARGO (E) (Palermo)

Sull'Indagine radiologica d'Urgenza nelle emorragie del-apparato
digerente
Radiol. Prat. (Palermo) 1963, 13, p.337-353

66 - MENDEZ COLLADO LUIS

Radiologia en les hemorragias digestivas altas
Rev. Argentina de radiologia, sept. dec. 1968, n° 3, p.244-248

67 - MENDEZ VALIADARES (Fernando)

El iodo como contraste gastrico en los hemorragias recientes
Rev. Argentina de radiologia, sept. dec. 1968, n° 3, p.241-243
4 fig.

68 - MENEGAUX (JC)

La place de la splénoportographie dans le diagnostic des hémor-
ragies digestives
J. Chir. 1957, 73, n° 4, p.391-413, 15 radio

69 - MINICONI (P) DELUMEAU (G), PERRIN (D) VEYRAC (Y) LESCHALLIER DE LISLE (LR)

Apport de la fibro-endoscopie dans les hémorragies digestives
d'origine médicamenteuse
Archives Médicales de l'Ouest, 1971, 3, n° 2, p.79-82

- 70 - MINICONI (P) PERRIN (D), DELUMEAU (G), VEYRAC (Y) DE LISLE (LR) (Nantes)

Le diagnostic étiologique précoce des hémorragies digestives
Justification de la fibroscopie oesophagienne et gastrique faite
en urgence

La Presse médicale, , oct. 1970, 78, n° 46, p.2011,2013

- 71 - MONGES (A), LENEGRE (M) TRONCONI (JC) et LEMOINE (A)

Conduite du diagnostic étiologique dans les grandes hémorragies
digestives.

La Revue du Prat, février 1970, 20, n° 4, p.518-529, 5 fig.

Bibliogr.

- 72 - MORETON (D R), (Forth Worth Tex)

Radiological consideration of hematemesis

Memphis Med. S. Med. J., 1964, 39, n° 2, p.407-415

- 73 - NAHUM (M), RUEFF (B), CAZARD (Georges)

L'examen radiologique oeso-gastro-duodénal en période hé-
morrhagique, technique et indications (expérience de 300 malades)

La Presse Médicale 1970, 78, n° 54, p.2414,2416

- 74 - NICAISE (H), LARDENNOIS (B), FLAMENT (J.B.) et RIVES (J)

Le choix des examens complémentaires dans le diagnostic des
hémorragies digestives hautes (à propos de 103 observations)

Enl. Assoc. Nord, Lotharing GE, juin 1970, n° 7, p.225-229

- 75 - PAJEWSKI (M) et PROFIS (A) (Zrfin)

La méthode d'examen radiologique au lit du malade dans
l'hémorragie aiguë provenant de la partie haute du tube digestif
Haregnah, 1965, 65/12, p.407-410

- 76 - PALMER (ED)

The vigorous diagnostic approach to upper gastro-intestinal
tract hemorrhage. A 23 years prospective study of 1400 patients
J. Amer. Med. Ass. 1969, 207, p.1477-1480

- 77 - RACLE (R), WAGNER (JP) et WITZ (JP)

Diagnostic etiological of a hematemesis

J. Radiol. Electrol. Mai 1960, 41 n°5, p.320-321, 3 fig

- 78 - RIBET (M) GAUTHIER (Cl) FLORIN (M), QUANDAILLE (P), HASSOUN
et RAZEMON (M)

Hémorragies digestives hautes (a propos de 126 observations)

Arch. Mal. App. Dig. 1966, 55, p.336

79 - RIGIER (Leo G) (Los Angeles)

X-ray examination in hemorrhage from the upper gastro-intestinal tract.

AMA Arch. Surg. 1958, 78, p.513-515

80 - RITVO (M), COTTER (Th. P.) ZAMCHECK (N) (Boston)

Diagnostic radiologique précoce des hémorragies aiguës du tractus gastro intestinal supérieur

Amer. Journ. Roent. and Rad. Ther. 1951, nov. vol. 56
n° 5, p.728-741

81 - SALMAN (MM)

X-Ray investigation in acute gastric hemorrhages (Russian test)

Klin. Med. (Moscou) 1959, 37/4, p.65-69, 1 fig

82 - SARNELI (B)

L'esplorazione radiologica de urgenza delle stomaco con emorragia acuta in atto

Diag. Lubo. Clin. (Napoli) 1961, p.17.20.28

83 - SAVA (G), et ADOLFF (M)

Les hémorragies gastriques massives par exulceration simplex de Dieulafoy, Revue de la littérature à propos de quatre observations personnelles

Revue Franc. GE, avril 1970, n°57, p.31-50

84 - SCHATZKI (T)

Roentgenologic examination in patients with bleeding, from the gastro intestinal tract

New Eng. J. Med. 1946, 235, p.785, 786

85 - SCHERBATENKO (MK) et SKLIPOYOVSKI (N 3) (Moscou)

The technique of emergency radiologic investigation in gastro intestinal hemorrhages (Russian)

Vest.Rent. Radiol. 1964, 39/5, p.28-33, 4 fig

86 - SOILA (P.) (Helsinki)

Rotnegemmdersökiung vid blöduing edigestion kanalias avre olal

Nord. Med. 1954, 52/36, p.1217 1220, 4 tabl.

87 - SUSSMAN (ML) et BAUK (J)

The value of immediate roentg. examination in severe upper gastro-intestinal hemorrhage
Amer. J. Gastroent. (NY) 1954, 21/2 p. 131-136

88 - SWENSON (PC)

The radiologic approach in problems of gastrointestinal hemorrhage
J. Okla. St Med. Ad. 1958, 51/1, p. 3-11, 21 fig

89 - TRAISSAC (FJ), PACCALIN (J) GROTHADIM (P), BALABAUD (Ch),
 et AGETA (A) (Bordeaux)

Notre expérience dans les hémorragies digestives d'origine haute.
Arch. Mal. app. Dig. 1968, 57, p. 742-743

90 - TRINH CO NGUYEN SCHMAUSS (Albert) RAIL, HAK NGUYEN VAN,
 DUC LONG TON et VAN THONG LUN

Erfahrungen mit der dringlichen roentgenuntersuchung bei der massiven magen darm blutung
Dtsch. Gesundh. Wes. 1961, 16, p. 1864-1869

91 - VSEIN (Slavoj)

Radiology in sudden severe hemorrhage from the digestive tract
CSL Roentgenol 13, p. 73-84, mit engl. zus-pass

92 - VAYRE (P) et CARPENTIER (A)

Les hémorragies graves d'origine gastro-duodénale
Cah. Collège Med. 1965, 6, p. 535-542

93 - VAYRE (P) LEVASSEUR (JC), (Paris)

Hémorragies massives d'origine gastro-duodénale, hypertension portale exclue
La Presse Médicale, janvier 1970, 78, n° 5, p. 237-240

94 - WEILL-BOUSSON (M) et FOUSSEREAU (S)

Les lésions ulcéreuses aiguës gastro-duodénales, causes d'hémorragies digestives (Etude post mortem portant sur 15 années)
Bull. Assoc. Nord Lotharing gastro enterol Juin 1970, n° 7, p. 217
 219

95 - ZAMCHEEK (N) COTTER (Th, P) HERSHOM (SE) (Boston)

Early roentgen diagnosis in massive bleeding from the upper
gastro intestinal tract, a surgical evaluation of safety and
reliability of the method in 123 patients)
Amer. J. Med. 1952, 13/6, p.713-724, 14 tabl.

oOo

Vu le Président de Thèse

Pr. LEDOUX-LEBARRE

Vu le Doyen de la Faculté
de Médecine COCHIN

Pr. DELBARRE

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

